



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Barreras de acceso a los servicios de la salud en
estudiantes de un Instituto de Educación Superior
Tecnológico Público, Lima 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Jhosep Hiroshi Cosar Morales

ASESORA:

Mg. Miluska Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

LIMA-PERU

2017

Página del jurado

.....
Dra. Luzmila Lourdes Garro Aburto
Presidente

.....
Mg. Janet Cenayra Josco Mendoza
Secretaria

.....
Mg. Miluska Vega Guevara
Vocal

Dedicatoria

A todos los que confiaron y siguen
confiando en mí.

Agradecimientos

A la Universidad César Vallejo que a través de este programa de Maestría nos ha brindado todas las facilidades para que nos pueda ser accesible, y a través de sus notables docentes hemos enriquecido nuestro conocimiento, asimismo agradecimiento especial a mi asesora por guiarme para realizar el presente trabajo de investigación.

Declaración de Autoría

Yo, **Jhosep Hiroshi Cosar Morales**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “**Barreras de acceso a los servicios de la salud en in Instituto de Educación Superior Tecnológico Publico, Lima 2017**” presentada, en folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 16 de Marzo del 2018

Jhosep Hiroshi Cosar Morales

DNI: 43251240

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la “**Barreras de acceso a los servicios de la salud en in Instituto de Educación Superior Tecnológico Publico, Lima 2017**”, que tuvo como objetivo describir el nivel de barreras de acceso percibidos por los estudiantes del instituto superior; debido a que en la actualidad, el poco a acceso a los servicios de la salud provoca que los estudiantes muchas veces asistan a recibir sus clases en estados de salud no óptimos, convirtiéndose esto en un gran desafío para nuestro sistema de salud y para nuestra sociedad.

El presente trabajo ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo al formato proporcionado por la Escuela de posgrado. En el capítulo I denominado introducción, se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se señalan los aspectos metodológicos utilizados en la investigación, en el capítulo III la descripción de los resultados, asimismo en el capítulo IV se presenta la discusiones, en el capitulo V las conclusiones, en el capítulo VI las recomendaciones. El capítulo VII señala las referencias bibliográficas y finalmente el capítulo VIII contiene los apéndices como la matriz de consistencia, matriz de datos, instrumentos, certificados de validez del instrumento y artículo científico.

El informe de este trabajo de investigación se elaboró siguiendo el protocolo de la Escuela de Posgrado de la Universidad y es puesto a vuestra disposición para su análisis y las observaciones que estimen pertinentes.

El autor

Índice

Pág.	
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
I INTRODUCCIÓN	16
1.1. Realidad Problemática	17
1.2. Trabajos Previos	19
1.2.1. Antecedentes Internacionales	19
1.2.2. Antecedentes nacionales	22
1.3. Teorías relacionadas	24
1.3.1. Barreras de acceso a los servicios de la salud	29
1.4. Formulación del problema	43
1.4.1. Problema General	43
1.4.2. Problemas específicos	43
1.5. Justificación	43
Justificación Teórica	43
Justificación Social	44
Justificación Practica	44
Justificación Metodológica	45
1.6. Objetivos	45
1.6.1. Objetivo general	45
1.6.2. Objetivos específicos	45

II MÉTODO	47
2.1. Diseño de investigación	48
Metodología	48
Tipos de estudio	48
2.2. Variables, Operacionalización	49
2.2.1. Definición conceptual	49
2.2.2. Definición operacional de las variables	49
2.3. Población, muestra y muestreo	50
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
2.5. Métodos de análisis de datos	54
2.6. Aspectos éticos	55
III RESULTADOS	56
IV DISCUSIONES	83
V CONCLUSIONES	94
VI RECOMENDACIONES	97
VII REFERENCIAS	99
VIII ANEXOS	104
Anexo 1 Matriz de consistencia	105
Anexo 2 Matriz de datos	107
Anexo 3 Instrumento de Recoleccion de la Informacion	111
Anexo 4 Formato de validación de instrumento	113
Anexo 5 Artículo	116

Lista de tablas

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable barrera de acceso	49
Tabla 2	Validez de los instrumento, según expertos	52
Tabla 3	Confiabilidad del instrumento – K. R.	53
Tabla 4	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público.	56
Tabla 5	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	57
Tabla 6	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	58
Tabla 7	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	60
Tabla 8	Nivel de barreras de acceso con respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	61
Tabla 9	Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	62
Tabla 10	Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	63
Tabla 11	Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	65
Tabla 12	Nivel de barreras de acceso con respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	66
Tabla 13	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	67
Tabla 14	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	68
Tabla 15	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	70
Tabla 16	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	71

Tabla 17	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según la edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	72
Tabla 18	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	73
Tabla 19	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	75
Tabla 20	Nivel de barreras de acceso con respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	76
Tabla 21	Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según la edad en un instituto superior tecnológico publico	77
Tabla 22	Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su distrito de residencia en un instituto superior tecnológico publico	78
Tabla 23	Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su sexo en un instituto superior tecnológico publico	80

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Esquema de diseño de investigación	49
Figura 2	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico	56
Figura 3	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según escala de edades en un instituto superior tecnológico público	57
Figura 4	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público	59
Figura 5	Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público	60
Figura 6	Nivel de barreras de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público	61
Figura 7	Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	62
Figura 8	Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	64
Figura 9	Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	65
Figura 10	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público	66
Figura 11	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	67
Figura 12	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	69
Figura 13	Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	70
Figura 14	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público	71

Figura 15	Nivel de barreras de acceso respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según la edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	72
Figura 16	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	74
Figura 17	Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico	75
Figura 18	Nivel de barreras de acceso con respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público	76
Figura 19	Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según la edad en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.	77
Figura 20	Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su distrito de residencia en un instituto superior tecnológico publico	79
Figura 21	Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su sexo en un instituto superior tecnológico publico	80

Resumen

Esta investigación tuvo como principal objetivo encontrar y describir el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud percibido por los estudiantes en un instituto de educación superior tecnológico publico en el año 2017.

La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los estudiantes de la institución en cuestión, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes que hayan accedido al uso de los servicios de la salud en el ultimo año y que además estén entre los 17 y 23 años de edad.

Los resultados evidenciaron que el 69% de los estudiantes del instituto superior tecnológico público consideró que existía un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de salud, el 18.6% lo consideró bajo nivel y solo el 12.4% lo percibieron como alto.

Finalmente se concluyó que los estudiantes del instituto de educación superior tecnológico publico tienden a percibir barreras de acceso de nivel moderado en la atención recibida. Asimismo respecto el nivel de las 4 dimensiones estudiadas, es la disponibilidad la que mostró el nivel más alto de barreras seguida por la accesibilidad, y el contacto con el servicio, siendo la aceptabilidad la que presento nivel mas bajo de barreras.

Palabras clave: barreras de acceso, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio.

Abstract

The main objective of this research was to find and describe the level of barriers to access to health services perceived by students in a higher education institute in the public universe in 2017.

The research was carried out with a quantitative approach and was of a basic type of descriptive level, so a non-experimental cross-sectional design was applied. The study population was constituted by the students of the institution in question, the instrument used for the data collection was the questionnaire and the technique used for the survey. The sample consisted of 242 students who have accessed the use of health services in the last year and who are also between 17 and 23 years of age.

The results showed that 69% of high school students underwent health services, 18.6% did so below the level and 12.4% perceived it as high. Finally, he concluded that the students of the institute of public higher technological education are to perceive barriers of access of moderate level in the attention received. The level of the 4 dimensions studied, the availability of the lowest level of access barriers followed by accessibility, and contact with the service, with acceptability being the one with the lowest level of barriers.

Keywords: access barriers, availability, accessibility, acceptability, contact with the service.

I. Introducción

1.1 Realidad Problemática

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el 2008, presentó un informe a la OMS en el cual se podía concluir que los sistemas de salud no estaban encaminados a lograr una equidad, en el titulado “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (OMS, 2008) se observaba a nivel mundial por ejemplo que: la esperanza de vida de los aborígenes varones de Australia es de 17 años menos que los demás varones de ese país, en Indonesia la mortalidad materna es 3-4 veces más alta entre los pobres que entre los ricos, La mortalidad infantil en las barriadas de Nairobi es 2,5 veces mayor que en otras partes de la ciudad, un niño nacido de madre boliviana sin educación tiene una probabilidad mayor del 10% de morir durante el primer año, mientras que para un niño nacido de una madre con educación secundaria o superior esa probabilidad es del 0,4%. En 2011 el Gobierno del Brasil y la OMS convocaron una importante reunión de Jefes de Gobierno, en la que se reconoce que las inequidades sanitarias que existe en las naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables e injustas y que además estas inequidades son muchas veces evitables ya que no hay una adecuada política sanitaria, la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, es por eso que entre otras medidas se estableció en esa reunión que era necesario seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir estas inequidades, fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo. Una de las funciones más importantes de la OMS en el futuro consistirá en mantener un enfoque centrado específicamente en los determinantes sociales de la salud para desaparecer estas inequidades que se mencionan (OMS, 2017, pp.32-35).

Debido a estas inequidades que se mencionan en todo el mundo en nuestra realidad es poca o nula la cantidad de atenciones médicas que los estudiantes se realizan, ya que acuden a un médico solo en casos de suma emergencia, o en casos en los cuales se hayan visto accidentados, un elemento de la problemática aquí serían los alumnos de la institución que en su mayoría reside en el distrito de comas pero también proceden de distritos aledaños, uno

de los requisitos para poder matricularse en dicha institución es haber ingresado al sistema de salud, es por eso que todos tienen la facultad de poder atenderse en un centro de salud pero no lo hacen, una de las razones por la cual los estudiantes ven mermadas su facultad de atención es que en la mayoría de centros de salud del cono norte las atenciones son deficientes y no brindan un servicio acorde a lo que una persona desea, en la mayoría de centros de salud para que una persona pueda conseguir un cupo para una atención médica, es decir una cita, debe madrugar , es decir, debe formar una cola muy temprano, haciéndose acreedores de ese derecho las personas que lleguen al centro de salud ente las 4 a 5 de mañana, las personas que por diversos motivos no puedan llegar a esa hora no gozaran del derecho de atención medica por parte del centro de salud, esto genera malestar en la mayoría de pacientes, ocasionando que los jóvenes que pertenecen al instituto que no se sienten muy mal de salud no se tomen las molestias de poder solicitar una cita o atención.

A todo esto se le suma que a pesar de tener ya esta barrera generen más barreras aun, ya que el personal que labora en los centros de salud, tienen la falsa concepción de que a un paciente al atenderle se le está haciendo un favor y no como debería ser, es decir, ver al paciente como un usuario, al cual se le debe brindar un servicio y hacerle sentir lo más confortable posible, si bien esto nace de cada persona, e nuestro medio se brinda poca capacitación en ese aspecto, casi todo el personal cuando de capacitaciones se tratan, buscan aumentar sus conocimientos en el área académica y científica, pocas veces en el área social, de relaciones humanas, de inteligencia emocional, etc. a todo esto se le suma la poca cantidad de insumos y la falta de infraestructura adecuada para dar un servicio a la altura de los demandantes.

La investigación se realizó en un Instituto Superior Tecnológico Publico que se creó el 9 de marzo de 1983, (R.M. N° 193-83 ED) en el distrito de Comas con la aprobación de cinco carreras profesionales: electricidad, electrónica, mecánica de producción, metalurgia y contabilidad, su objetivo es formar técnicos profesionales, posteriormente se crean las carreras de laboratorio clínico, administración, computación y la carrera de mecánica automotriz, en este instituto se forman profesionales técnicos calificados que a su preparación unen la

adecuada formación, humanista, científica y tecnológica apropiada a la actividad de la región y brinda asesoría técnica a la micro, pequeña y mediana empresa, es por esta razón que es de suma importancia salvaguardar la salud de los futuros profesionales técnicos que aquí se encuentran ejerciendo en calidad de estudiantes, alberga un aproximado de 1500 estudiantes entre ambos turnos.

1.2 Trabajos Previos

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Hirnas et al. (2013) realizaron la investigación titulada *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*, cuyo objetivo fue determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud fueron transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar, en que etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia, utilizaron el método de revisión sistemática cualitativa de literatura publicada durante los años 2000-2010, se seleccionaron 19 de 1160 resultados de la revisión de artículos científicos y 8 de 12 documentos de la literatura gris, en la cual se identificaron 230 barreras que fueron agrupadas de acuerdo al modelo de Cobertura de Tanahashi, obteniendo como resultado que 25 tipos de barrera correspondieron a la disponibilidad, 67 a la accesibilidad, 87 a la dimensión de aceptabilidad y por ultimo 51 al contacto con el servicio, concluyendo que la mayor cantidad de barreras se presentan en la aceptabilidad, asimismo las barreras más frecuentes fueron costos de medicinas, de consultas médicas y de exámenes, vergüenza o temor al atenderse en un servicio de salud falta de confianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito.

Virguez (2016) realizó el estudio Barreras y facilitadores a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaqué. Fue un estudio de enfoque cualitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar las barreras y facilitadores principales del acceso al servicio de salud, cuya muestra estuvo conformada por 50 jóvenes de 14 a 28

años de edad, los datos fueron recogidos a través de un cuestionario utilizando la técnica de la encuesta, encontraron más dificultades para conseguir cita con los especialistas, concluyendo que una de las principales barreras son las fechas y los horarios de las citas que son extensas además de los tramites que hay que realizar para conseguirlas.

Hernández y Tavera (2014) realizaron un estudio titulado “Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014” con el objetivo de establecer que barreras afronta la población que va a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD y que están vinculados a la EPS-S COOSALUD, en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del año 2014, la muestra abarco a 250 afiliados a la IPS COOPRESALUD, fue un estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, aplicaron encuestas estructuradas tipo cuestionario, los resultados evidenciaron que el 77% de los pacientes evaluados fueron de sexo femenino y promedio de edad de 38,7 años, el 66,7% de los tratamientos iniciados en la IPS habían sido terminados y el número de veces más frecuente que han usado el servicio es de 10,79% y consideran de mala calidad el servicio prestado, las barreras más frecuentes son el tiempo de asignación de citas, la precepción de calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creencias, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio, procedimientos quirúrgicos, vergüenza a mostrar la cavidad bucal y se concluyó lo siguiente: la accesibilidad a los servicios está siendo afectada por barreras culturales, geográfica, sociales, económicas y de oferta, por lo tanto, se sugiere la necesidad de intervenir en la educación dela población para que disminuyan estas barreras y se pueda acceder al servicio con mayor frecuencia y que además quienes prestan el servicio puedan brindarlo con mayor calidad.

Ballesteros (2013) realizo un estudio titulado “Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales” con el objetivo de analizar los resultados de dos encuestas nacionales que indagaron sobre los accesos a los servicios de salud, dichas encuestas fueron: Encuesta nacional de factores de riesgo realizada

en 2009 por el ministerio de salud de la nación y la encuesta de la deuda social argentina realizada en 2010 por la universidad católica argentina, en los resultados se encontró que el 22,7% de las personas que tuvieron un malestar o problemas de salud no consultaron por problemas de acceso, el 57,6% del estrato social muy bajo debió esperar más de una hora la última vez que consulto a un médico, frente al 25,9% del estrato medio alto, se llegó siguiente conclusion: La consulta con un profesional de la salud no implica que no haya barreras en el acceso a la realización de otra consulta.

Zafra, Retuerto, Carrasco y Paredes (2014) realizaron una investigación llamada “Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado, pinto recodo, lamas 2014”, con el objetivo de describir el acceso a los servicios de control prenatal y parto institucionalizado en el distrito de Pinto Recodo, Lamas, para lo cual se realizó un estudio de cohorte transversal, se obtuvo los siguientes resultados: la edad promedio de los pacientes fue 28,3, de las mujeres entrevistadas el 66,7% eran convivientes, 29,9 casadas y 4,2% solteras, el tiempo hasta el centro de salud más cercano varía desde unos minutos hasta 120 minutos a pie, este estudio refleja fundamentalmente que un factor importante es la distancia hasta el establecimiento, los costos agregados que generan transporte, alimentación y estadía repercute negativamente en el uso de los servicios, se ven evidenciadas las diferencias entre la cobertura de atenciones prenatales y el parto institucionalizado debido a factores geográficos, se recomienda estudios cualitativos para saber que órganos están involucrados.

Campo, Oviedo y Herazo (2014) realizaron un estudio titulado “Barrera de acceso a servicios en salud mental” en Bogotá el objetivo de la investigación fue actualizar los mecanismos institucionales por los cuales el estigma, percibido y perpetrado, relacionado a los trastornos mentales se configura como una barrera de acceso a la salud mental, en los resultados se observó el estigma como barrera para el acceso a los servicios de salud mental se ve evidenciado con la reducción de solicitudes para la atención, la escasa asignación de recursos a la salud mental, el proceso sistemático de pauperización de las personas que lo padecen, el incremento del riesgo de implicaciones en delitos y el contacto con el

sistema legal y en invisibilización de la vulnerabilidad de estas personas, se concluyó lo siguiente: Se necesita un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos para promover el conocimiento sobre los trastornos mentales, favorecer la rehabilitación psicosocial en comunidad y la inclusión social y laboral. En Colombia, es necesario estudiar la frecuencia y las variables asociadas al estigma relacionado con trastornos mentales. Este conocimiento permitirá la implementación de acciones para favorecer la inclusión social de las personas que reúnen los criterios de trastorno mental.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Paz-Soldán, Bayer, Nussbaum, Cabrera, (2015) realizaron un estudio titulado “Barreras estructurales para la detección y tratamiento del cáncer cervical en el Perú” el objetivo fue explorar las barreras estructurales que impiden la detección, seguimiento y tratamiento del cáncer cervical en el Perú, realizaron un estudio cualitativo que consistió en entrevistar a 30 informantes clave de 19 instituciones que desempeñan funciones relacionadas con la detección temprana y el tratamiento del cáncer cervical en cuatro regiones del Perú, este estudio identificó numerosas barreras para obtener pruebas de detección, seguimiento y tratamiento del cáncer de cuello uterino, algunas unidades de salud fuera de Lima no tienen la capacidad para tomar muestras de Papanicolaou; otras no pueden hacerlo de manera continua, la variación en los procedimientos utilizados por las unidades de salud y entre regiones, las diferencias en la capacidad de las mujeres para pagar, así como los diversos niveles de capacitación del personal de laboratorio, afectan la calidad y el tiempo de la prestación de servicios y los resultados.

Carrasco, Landauro y Orejuela (2015) realizaron el estudio “Factores asociados a la utilización en una clínica odontológica universitaria peruana”. El estudio fue de enfoque cuantitativo retrospectivo, de diseño no experimental y de corte transversal y tuvo como objetivo analizar cómo algunos factores relacionados con los pacientes influyen en la utilización del servicio de salud bucal. La muestra estuvo representada por 91 fichas a base de datos de personas que asistieron al servicio odontológico en la clínica docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; las variables independientes fueron edad, sexo,

ocupación, grado de instrucción, estrato socioeconómico, motivo de consulta, entre otros, mientras que la variable dependiente fue la utilización del servicio. En los resultados la mayoría fue de sexo femenino (74,7%) y de ocupación estudiante y los pacientes con trabajo independiente tuvieron más probabilidad de acceder a los servicios, concluyendo que la edad, el sexo y el tipo de empleo son uno de los factores que influyen más en la atención a los servicios odontológicos.

Cárdenas, Moran, Beran y Miranda (2014) realizaron un estudio llamado “Identificando barreras de acceso a la atención y tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes en lima” tienen como objetivo incidir en el desarrollo de propuestas para fortalecer el sistema de salud peruano y también fomentar una respuesta política que contribuya a una mejor salud para los peruanos diagnosticados con dichas enfermedades, en la metodología empleada se aplicaron técnicas mixtas de recolección, procesamiento y análisis de información cualitativa y cuantitativa, se optó por muestreo por conveniencia, llevándose a cabo 140 entrevistas e informantes claves, además se emplearon 4 niveles de análisis, nivel nacional, intermedio, local e individual, los resultados más relevantes fueron que: Se observó débil organización del primer nivel de atención, dificultades en el acceso de medicamentos para el tratamiento de estas enfermedades, existen montos de medicamentos prohibitivos para la población en general, pacientes con baja adherencia al tratamiento, dificultades en el acceso a exámenes de laboratorio, equipos de automonitoreo fuera del alcance de los pacientes, se concluyó lo siguiente: este estudio permite conocer las principales barreras en la atención y el acceso a los medicamentos de los pacientes, se observan dificultades que enfrentan en el acceso y la poca asequibilidad de los medicamentos, la diferencia entre instituciones hace más complejo el análisis.

Azañedo, Díaz y Hernández (2016) realizaron el estudio Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. El enfoque que realizaron fue de tipo cuantitativo, de diseño no experimental retrospectivo y de corte transversal, Se realizó en base a un análisis de la Encuesta demográfica de salud familiar (2014), con el objetivo de conocer los patrones de acceso a la atención dental, la muestra estuvo conformada por 5516

adultos mayores, obteniendo como resultado que el acceso a un servicio dental ocurrió en el 74,8% de los 5516 adultos mayores encuestados de los cuales el 65,1% fue atendido por atención privada.

1.3 Teorías relacionadas

Se presentan los diferentes conceptos y teorías asociadas con la barrera de acceso a los servicios de la salud, fundamentadas principalmente en el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi (1978) para sustentar la variable barrera de acceso, se definen además las dimensiones que permiten medir y la teoría que sustenta estas barreras, todo esto bajo el principio de equidad en salud, base fundamental de la Cobertura Universal de Salud. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Los servicios de salud en el país: situación Actual

A finales de la década pasada comenzó un proceso para reformar el sistema de salud del Perú, que a pesar de aun mantenerse sin cambios algunas cosas como su histórica segmentación, algunas otras cosas si han cambiado. El proceso de reforma se implementó para mejorar la gobernabilidad, también para mejorar la eficiencia y la transparencia cuando se asignan y se utilizan recursos. Según se observa en la Figura 1, en nuestro sistema encontramos dos subsistemas, uno de ellos es el sistema público y otro es el privado. El sistema de salud público busca expresar los derechos que el ciudadano tiene con respecto a la salud y el sistema privado se fundamenta en la lógica del mercado. El Ministerio de Salud (Minsa), es quien gobierna el sistema de salud ya que este tiene un rol de autoridad sanitaria nacional. Se creó la Superintendencia de Salud (Susalud), en el 2016 para supervisar al conjunto de organizaciones del sistema, y entre el MINSA y Susalud comparten las responsabilidades en cuanto a la gestión política de la salud. El sistema está segmentado en diversos regímenes de financiamiento y estos regímenes son:

Régimen Contributivo Indirecto (subsidiado) este régimen es financiado con recursos fiscales, aporte de los hogares y ocasionalmente por diversas donaciones de la cooperación intergubernamental.

Régimen Contributivo Directo este se financia con contribuciones los empleadores, dichas contribuciones son de carácter obligatorio, además existen dos modalidades, ambas forman el Sistema de Seguridad Social en Salud, uno de ellos es Essalud (Seguro Social de Salud) y el otro es el seguro social privado, este seguro social privado esta compuesto por organizaciones prestadoras de salud (EPS) y las dependencias de salud de los ministerios de Defensa y del Interior, financiadas por el Estado, con el aporte complementario de sus miembros.

El Régimen Privado: aquí la financiación es directamente por las familias, lo que se conoce o llama gasto de bolsillo, esto se hace directamente a través del pago de honorarios profesionales o cuando se adquiere algún plan de atención a seguros privados, que son empresas de seguros, autoseguros y prepagas.

Cuando se estuvo haciendo la descentralización se conformaron 25 gobiernos regionales que al conformarse comenzaron a recibir una serie funciones y luego pasar a administrar los servicios de salud estatales, pero todo esto siempre por las normas emitidas por el MINSA y además guiados por la orientación de este. Luego para poder administrar su respectiva región, los gobiernos regionales organizaron su Dirección Regional de Salud que se pasaran a llamar Diresa. En el caso de Lima Metropolitana hubo una excepción ya que para ella se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), pero en noviembre de 2016, el Congreso de la República aprobó por unanimidad la desactivación del IGSS. Las personas que pertenecen al seguro social tienen la opción de recibir los servicios de Essalud en su modalidad tradicional o en todo caso pueden afiliarse a una entidad prestadora de salud en su modalidad privada, esta EPS les provee la atención de menor complejidad lo que se conoce como capa simple, esta capa simple vendrían a ser los servicios privados contratados, pero cuando se trate de una atención de mayor complejidad se puede derivar a Esalud. Las tres instituciones militares (FAP, el ejército y la marina) y la policía nacional tienen su propia red de servicios. Adicionalmente a todo lo mencionado encontramos una especie de red de servicios de salud mixta, que es del estado, pero funciona como una red privada, esta red mixta es una especie de alianza público privada que fue implementada por la Municipalidad Metropolitana de Lima, y que luego fue copiada y extendida a diferentes ciudades

del país, estos son llamados como Hospitales de la Solidaridad.

Asimismo, también encontramos en funcionamiento diversos servicios de salud que están promovidos por organizaciones filantrópicas e iglesias estas organizaciones reciben su financiamiento de parte de sus promotores y de la cooperación no gubernamental. Todo este modelo de reforma que se ha implementado genero un conjunto de entidades aseguradoras y es aquí donde aparecen las IAFAS que son las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud, estas instituciones fueron introducidas para mejorar y facilitar el proceso de aseguramiento, todo esto para pretender alcanzar el aseguramiento universal a través de la organización de múltiples seguros que dan servicios diferentes ya sea por la capacidad de resolución o por la calidad de sus prestadores.

El Seguro Integral de Salud mas conocido como SIS es la aseguradora pública, pero también hay entidades similares en Essalud, en los institutos armados y la policía, también en los diversos tipos de seguros privados y las empresas prestadoras de salud, estas entidades están relacionadas a una red y a diversos estratos sociales para la prestación de servicios propia o contratada. Las IAFAS tienen la obligación de ofrecer al menos el Plan Esencial de Atenciones en Salud. Este plan esencial mas otros planes complementarios deben ser provistos por las IPRESS que son instituciones prestadoras de servicios de salud, estas IPRESS tienen diversa naturaleza legal, por lo tanto tienen su capacidad resolutive varia, así también sus costos ya sea de atención o de calidad en su operación, podríamos decir que las IAFAS pueden contratar a las IPRESS que ofrezcan mejor atención a sus afiliados, pero esto no pasa muy a menudo a pesar que existen convenios para su operatividad, en vez de esto lo que pasa usualmente es que cada segmento social recibe atención de los servicios que ofrece las entidades vinculadas a la IAFAS que lo afilió (Gonzales *et al.*, 2016, pp. 16-18).

Cobertura de salud en el PÉRU

Cuando en el país se promulgo la ley de aseguramiento universal en salud, conocida como AUS, se hubo avances en cuanto a las coberturas de salud y aseguramiento en estas, por ejemplo en 2011, 64,5% de la población tenían

seguro de salud, esta cantidad se elevó a 72,9 % en 2015, este aumento en el porcentaje de la cobertura de aseguramiento ocurrió más que nada en la mayoría de las regiones con mayor índice de pobreza como Huancavelica y Apurímac, ya que el aumento en estas regiones alcanzó, en el 2015, el 94,5 % y 90,6 %, respectivamente, por otro lado las regiones que alcanzaron menos cobertura fueron Tacna, que alcanzó 54,8 %, y Madre de Dios que alcanzó 60,6 %; por parte del estado la principal intervención, para la protección individual en salud, que está teniendo es el SIS, por lo tanto para aumentar esta protección se necesitan disminuir las restricciones administrativas, justamente como se ha disminuido estas restricciones es que se han incorporado al SIS alrededor de dos millones de personas que viven en pueblos lejanos, indocumentados, personas privadas de la libertad, niños residentes en albergues y personas en situación de calle, en el año 2015 se afiliaron alrededor de 350 000 recién nacidos, 132 000 menores de tres años, y unos 3 millones de escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas, uno de los subprogramas es llamado SIS Emprendedor, y gracias a este es que se ha logrado proteger a independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y sus derecho habientes; en ese año también se alcanzó a cubrir 257 000 asegurados activos y 427 mil registrados, luego la ley Marco del AUS aprobó el PEAS, que abarca un paquete integral de atenciones de tipo preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación. En los años comprendidos entre 2010-2011, se une la cobertura de planes complementarios para el traslado y sepelio de los pacientes; luego en 2012 se une la cobertura de enfermedades de alto costo, por ejemplo el cáncer, en el marco del Plan Esperanza. (Gonzales *et al.*, 2016, p. 48)

En el año 2015 el 90,4 % de todas las afiliaciones a seguros de salud tenían como mínimo el PEAS y el 4,9 % de todas las afiliaciones estaban dentro de las SCTR que significa Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Cobertura Universal de la Salud

La cobertura de salud es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnología de la salud y financiamiento. “La cobertura

universal de la salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población” (OMS, 2014, p. 2). Fue reconocida como cobertura universal de la salud el año 2005 y comprende 2 fases “la prestación y el acceso a servicios de salud de alta calidad, y la protección contra los riesgos económicos de las personas que necesitan utilizar esos servicios” (OMS, 2013, p. 11); por ello se dice que la cobertura universal de la salud se construye a partir del acceso universal oportuno y efectivo a los servicios de salud es decir que con esto se garantizaría que toda la población tuviera acceso al servicio de salud sin atravesar dificultades financieras siendo su objetivo principal el lograr que los servicios integrales de la salud esté al alcance de todos de manera eficaz, además tal como lo señala la OMS, OPS y Salud Universal: “sin acceso universal oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable” (OMS, 2014, p. 2).

Asimismo “la cobertura universal de la salud es una aspiración fundamental para el goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr” (OMS, 2013, p. 6) esto implica el cumplimiento del derecho a la salud que tienen todas las personas reconocido en la respectiva constitución política de cada país miembro de la OPS, es por ello que alcanzar ese grado máximo de salud debe ser un objetivo que guíe la política sanitaria a nivel nacional e internacional. Por ello la cobertura universal de salud se fundamenta en una visión amplia de los servicios de salud necesarios que van desde la atención individual de un paciente hasta los servicios públicos que protegen toda una población que a su vez involucra el análisis de tres dimensiones el número de servicios de salud necesario, el número de personas que lo necesitan y los costos que se deban pagar por quien lo necesite (OMS, 2013, p. 6). Por lo anterior se dice que la equidad o igualdad en la salud es el principio que rige a la cobertura universal “el acceso universal y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo” (OMS, 2014, p. 2).

La OMS reconoce que aparte de lograr la cobertura universal también se deben eliminar las barreras que impiden el acceso al servicio de salud para asegurar de esta manera el bienestar y la equidad en salud sobre todo en las poblaciones más desfavorable. Aunque la cobertura universal sobre todo tiene como finalidad eliminar solo las barreras económicas, también reconoce la

presencia de otras barreras es por ello que recientes estudios se están llevando a cabo para analizar los motivos por los cuales las personas no acceden al servicio de salud

1.3.1 Barreras de acceso a los servicios de la salud

Para hablar de barreras que impiden el acceso a la salud debemos hablar del nivel de salud que poseen las personas que utilizan estos servicios, y esto va depender bastante de los determinantes sociales, es por eso que podríamos decir que las barreras de acceso a la salud van a depender de estos determinantes, ya que los determinantes de la salud son los factores y mecanismos a través de los cuales las condiciones sociales van a afectar el nivel de salud en el cual se encuentra la población (OMS, 2009, p.1), es por eso que pasan a llamarse determinantes sociales de la salud, nuestro sistema sanitario sería un determinante social de la salud, ya que este afecta directamente a los niveles de salud en la población, y lo que debe buscar este sistema sanitario es la equitatividad en salud para disminuir las brechas, cuando estas brechas se hacen más grandes en vez de disminuir es cuando se comienza a hablar de inequidades en salud. La equidad en el sistema de salud lo que busca es que todas las personas tengan la misma oportunidad para alcanzar un nivel aceptable de salud y así nadie pueda quedar en desventaja, para lograr esta equidad de la salud se necesita que haya una igualdad en el acceso a los servicios de la salud y por lo tanto en la atención, esta igualdad se puede decir que se logra cuando todas las personas acceden o alcanzan los servicios de la salud según sus necesidades personales sin tomar en cuenta la capacidad económica que puedan tener. (Vega *et al.*, 2005, pp.9-18)

Las barreras de accesos a los servicios de la salud vendrían a ser el rompimiento de estas equidades que deberían existir, es por eso que para entender mejor el concepto de barreras debemos que describir y entender lo que es el acceso a la salud y así saber que todo lo que nos impida llegar a esta es una barrera, es por eso que

debemos enfocarnos en las dimensiones que presenten el acceso a los servicios de la salud, ya que estas dimensiones serán quien nos permita medir si hay o no acceso a la salud y en consecuencia determinar si hay o no barreras de acceso a los servicios de la salud, el acceso a los servicios de salud ha sido una preocupación a nivel mundial, desde hace algunas décadas ya, es esta la razón por la cual se encuentra dentro de la séptima función esencial de la salud pública formulada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud el año 2005, hay que resaltar también que el acceso a los servicios de salud adquieren más importancia cuando se habla de equidad o igualdad en salud, ya que para alcanzar la equidad en salud antes debe alcanzarse la equidad en el acceso a los servicios de salud, para poder lograr reducir las diferencias en el acceso (OMS, 2009, p. 2). Sin embargo esto aún no ha sido subsanado y las desigualdades en el acceso han ido abriendo brechas cada vez más grandes en especial en países que se encuentran en vías de desarrollo, como el nuestro, esto debido a que aún no se han solucionado no solo la problemática de los factores determinantes que son las circunstancias en que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, influenciadas a su vez por factores políticos, sociales, económicos y educación (OMS, 2008, p. 24) que por lo tanto incluyen acciones conjuntas con otros sectores o ministerios en el ámbito político, sino que además no se ha prestado considerable atención a los factores que limitan el acceso o barreras de acceso al servicio de salud.

Conceptualización de acceso al servicio de salud

El acceso a los servicios de la salud es la interacción que se da entre el servicio de salud y los individuos quienes serán los usuarios de dicho servicio, atraviesa por cuatro etapas hasta el logro de la atención en salud, este logro se busca que sea de calidad, este proceso además está influenciado por características propias del servicio de salud y características propias de las personas, así como por factores socio demográficos, lo cual permite finalmente que un grupo de personas

pueda recibir atención eficaz. (Tanahashi, 1978, pp. 295 - 303)

Desde los años 1970 han existido innumerables estudios para poder definir el acceso; algunos autores la toman como sinónimo de accesibilidad, uso de servicio, utilización de servicio y de cobertura; es así que han surgido varios enfoques y/o modelos que tratan de definir el acceso, pero la mayoría se refiere al acceso como un ajuste entre las características de la oferta (servicios de salud) y la demanda (población que necesita los servicios de salud).

El primero en introducir el enfoque de accesibilidad fue Donabedian (1966, pp. 691-729), señalándola como una cualidad de los recursos disponibles para la atención de la salud que a su vez puede limitar o facilitar la capacidad de brindar servicio de atención a la población. Existen distintos abordajes como lo constatan diversas investigaciones sobre acceso a los servicios de salud, las cuales se diferencian según el enfoque del autor y los objetivos que se pretendan lograr con el estudio. Al respecto, en el planteamiento de Aday y Andersen (1974, pp. 208-220) se incluyó indicadores de proceso y de resultado, el indicador de proceso afecta las características de ambos actores (población y servicios de atención) de acuerdo con el grado en que éstos puedan ser intervenidos o modificados por las políticas de salud, existiendo factores mutables e inmutables, los mutables son aquellos susceptibles de ser modificados en el corto plazo como la distribución de los servicios médicos o la cobertura, mientras que los inmutables son inmodificables y permiten orientar las políticas hacia determinados grupos; los indicadores de resultado, son los que miden el ingreso efectivo de la población al sistema y reflejan la relación de ésta con los servicios. Incluyen apreciaciones subjetivas e indicadores objetivos y observacionales. Para ello utilizan dos tipos de medidas, las medidas de satisfacción y las de utilización.

Shengelia *et al.*, (2003, pp. 221-234) consideran el acceso como la relación entre los factores predisponentes de la población (percepción del individuo acerca de la enfermedad, factores culturales, sociales y epidemiológicos) y los factores posibilitantes del sistema de atención (recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones). Aunque no hablan específicamente de barreras de acceso exponen que las diferencias que se presentan entre la cobertura efectiva (descrita por ellos como la obtención efectiva de una intervención, que implica mejoramiento de los resultados en salud) y la potencial (probabilidad de

recibir una intervención) se pueden deber a las siguientes brechas o situaciones diferenciales que son las que serán tomadas en cuenta para la parte central del presente proyecto y analizar si llegaran a ser barreras o no.

Andersen et al., (1983, pp. 49-74) estipulan que existen dos tipos de medidas que son las referentes al acceso potencial y las referentes al acceso realizado, cada una de las cuales tiene variables tanto de la población como del sistema de servicios. Entre los indicadores que incluyen medidas relacionadas con el acceso potencial se encuentran la organización, disponibilidad del personal de salud y de los recursos, condiciones financieras, condiciones locativas, y percepción de los individuos; en tanto los indicadores que reflejan medidas de acceso realizado incluyen el uso, el uso según necesidad, y la conveniencia y comportamiento del proveedor. En otras palabras medidas de utilización y de satisfacción. Cada una de ellas puede sugerir un gran número de variables; sin embargo el autor propone reducir el número posible de variables e identificar los ítems que puedan efectivamente describir el acceso para un grupo poblacional determinado.

Para Frenk (1985, p. 438), la medición del acceso debe hacerse teniendo en cuenta la relación que se da entre la población y el sistema y entre las barreras de acceso a los servicios de salud y el “poder” que tienen los individuos para superar dichas barreras. Por ello la medición del acceso se hace tanto de los obstáculos de los recursos como del poder de la población. Para esto se utilizan unidades de recursos que permiten determinar su “disponibilidad efectiva” es decir, que estén disponibles y que los individuos tengan el poder para utilizarlos, además manifiesta que existen medidas para cada una de las barreras de acceso. Así, para las barreras ecológicas, se propone como medida el tiempo de transporte hasta el proveedor de servicios, para las barreras financieras se determina la medición y relación entre el ingreso de la población y el costo del servicio, y para las barreras organizativas se sugieren dos tipos de ponderación, tiempo de demora para la obtención de la cita, y tiempo de espera para ser atendido. El problema está en cómo medir esos indicadores y qué valor dar a cada uno. Para ello el autor expone tres enfoques para ponderar las variables a analizar: el enfoque económico que consiste en traducir todos los indicadores a unidades monetarias; el enfoque normativo que compara los valores obtenidos

con los valores que se consideran óptimos según la “norma”, y el enfoque empírico que pondera los valores sin ningún criterio determinado, sólo teniendo en cuenta los contactos iniciales con el sistema.

De lo hasta aquí dicho parece entonces que la medición de acceso se ha basado en medidas que pretenden analizar la relación entre el uso y las diferentes variables (de la población y de los servicios) establecidas. Una de las medidas más observadas en los estudios es determinar el acceso como una probabilidad. Así entre menor sea la probabilidad de recibir un servicio, menor será el acceso que provee el sistema de atención según Savedoff, (2009, p.13).

Por su parte Millman (1993, p. 4), sostiene que las barreras señalan los problemas que la población o los individuos enfrentan al tratar de ingresar u obtener la prestación de determinados servicios de salud, la principal causa de las barreras estructurales se debe a la forma como el sistema de salud está financiado, aunque existen otras causas subyacentes determinadas por la configuración organizacional y el tipo, número o ubicación de los proveedores de servicios de salud, también existen barreras financieras que tienen sus orígenes en las limitaciones de la población para asumir los costos provenientes de los servicios de atención en salud, y se establecen de acuerdo a las siguientes características: aseguramiento, cobertura y nivel de reembolso (en los sistemas en los que aplica).

Así también, Shengelia *et al.*, (2003, pp. 221-234) reconocieron la presencia de barreras denominándolas brechas o situaciones diferenciales que son factores que marcan la diferencia entre la cobertura potencial o probabilidad de recibir atención y la cobertura real o efectiva, que es la obtención de la atención efectiva.

Asimismo, Landini, Gonzales y D’amore, (2014) también definieron las barreras del acceso como “aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria” (p. 232).

Al respecto la OMS, señala que “las barreras son los impedimentos para que las personas utilicen los servicios integrales de salud, la cual impide el acceso universal y las agrupa en 5 tipos: geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género”(OMS, 2014, p.1).

De esta manera queda afianzada la propuesta dada por Tanahashi, porque también señala el acceso como un concepto relacional en la cual participan dos actores, el sistema de salud y la población que busca atención, e influenciado por múltiples factores y por barreras que limitan dicho acceso, las cuales se pretenden medir y describir en la presente investigación, finalmente se considera a las barreras de acceso como los factores limitantes o aquellos obstáculos responsables de una falta o incluso de una mala atención de salud o atención ineficaz y sin calidad pudiendo presentarse ya sea desde la entrada o búsqueda de atención o también en cualquiera de las etapas del proceso de cobertura que pasaremos a definir posteriormente. (Tanahashi, 1978, p. 300)

De esta manera el concepto de la variable barrera de acceso queda definida por el concepto de acceso a la salud de Tanahashi y además queda respaldada por los autores mencionados pues señalan a la barrera de acceso como el impedimento para lograr la atención eficaz, además como ya se mencionó al inicio, el estudio de la variable barrera de acceso se sustenta para el presente trabajo en el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, es por ello que a continuación se describirá todo lo concerniente a cobertura de salud.

Conceptualización de cobertura de salud

La cobertura de salud es el nivel de interacción que se da entre el servicio de salud y las personas para las cuales está dirigido dicho servicio, pero que recae solo a una parte de la población objetivo que vendrían a ser los que reciben la atención eficaz; es decir que pueden beneficiarse de la disponibilidad o de la capacidad del servicio de salud. (Tanahashi, 1978, p.295)

Modelo teórico de cobertura efectiva de Tanahashi

Tanahashi presenta la definición conceptual de cobertura similar a lo que señala en la definición conceptual del acceso; solo con la diferencia de que este modelo añade a la atención el término eficaz; y por consiguiente señala que la misma recae o beneficia solo a una parte de la población objetivo que es la población a la cual se desearía beneficiar; asimismo señala que existen factores limitantes relacionados con la prestación de servicios como factores demográficos o socioeconómicos que originan la formación de subgrupos en la población objetivo,

que reciben lo que él denomina cobertura específica.

Tanahashi (1978, p. 296) señaló que la cobertura se puede expresar normalmente por la proporción de la población objetivo que puede recibir el servicio, o por la capacidad del servicio o cobertura potencial y el número de personas que han recibido el servicio, esto a su vez representa el rendimiento real del servicio o cobertura real y también señala que la cobertura comprende todo el proceso de la prestación de servicios hasta lograr los objetivos deseados, es por ello que para poder medir la cobertura, hay que medir cada una de las etapas de este proceso. Estas etapas son cinco disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto de servicio y cobertura, cada una es una condición importante para el logro de la prestación de servicios y cuyas medidas son de importancia para la administración del servicio de salud, permitiéndole la elaboración de medidas eficaces, ya que pueden, identificar en cada una de las etapas mencionadas las dificultades en la operación del servicio que son afectados por factores limitantes o barreras, esto es importante tomar en cuenta para la medición de las barreras del presente trabajo. Asimismo Tanahashi (1978, p. 295) brindó otros aportes como el saber cómo deben organizarse y asignarse los recursos para lograr servir a toda la población objetivo o al menos a la mayor cantidad posible, asimismo ver si el servicio brindado ha sido eficaz satisfaciendo las necesidades en salud de las personas, también aclaró la diferencia que existía entre el término utilización de servicio, al cual se le prestaba a confusión con el término cobertura; recalando que una alta utilización de servicio no necesariamente implicaba una cobertura satisfactoria, también mencionaba que la cobertura está relacionada con factores diferenciadores o características demográficas tales como la edad, procedencia urbana o rural, etc.

De lo anterior, la cobertura depende de la capacidad potencial del servicio y de los factores que intervienen para cumplir su objetivo es decir de las barreras es por ello que el análisis de las barreras es también importante para evaluar la cobertura, siendo fuentes de información para ellos el personal del servicio así como los usuarios potenciales.

Dimensiones de barreras de acceso

Para medir la variable barrera de acceso se ha considerado las dimensiones

propuestas por Tanahashi (1978, pp. 296-297) en su modelo de Cobertura Efectiva, en la cual como se describió anteriormente es un proceso que atraviesa por cuatro etapas las cuales son (a) disponibilidad, (b) accesibilidad, (c) aceptabilidad y (d) contacto con el servicio, las mismas que se consideraron como dimensiones en la presente investigación.

Primera dimensión: Disponibilidad

Es la primera etapa que se atraviesa para el logro de la cobertura y es el conjunto de medios o recursos con los que se dispone para realizar la prestación de servicios de la salud, esto por lo tanto decide la cantidad de servicio que se puede poner a disposición de la población que debería tener un beneficio de él, es decir mide la capacidad de un sistema de salud con el tamaño de la población necesitada, además está conformado por tres elementos importantes tales como recursos físicos, recursos humanos y servicios o programas, las cuales a su vez serán los indicadores de la disponibilidad para el presente trabajo. Algunos ejemplos de barreras encontradas en esta etapa son falta o deterioro de la infraestructura, escasez de personal profesional especializado, falta de información de los servicios, escases de medicina, falta de capacitación de los equipos médicos, etc. (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Otros autores como Penchansky y Thomas (1981, pp. 127-140) consideraron a la disponibilidad como un atributo del acceso que se ve representada por la oferta suficiente del recurso humano, recursos físicos y recursos tecnológicos para la atención en los servicios de salud de los clientes.

Por otro lado, Shenguelia, *et al.* (2003, pp. 221-234) hicieron referencia a que en la disponibilidad se presentan las principales brechas o situaciones diferenciales que impide alcanzar la cobertura efectiva y las agrupa en disponibilidad de recursos (medicamentos, equipos y recursos humanos) y en la disponibilidad física.

Finalmente a OMS, señaló que la disponibilidad “se refiere al número de

establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que hagan posible satisfacer la demanda de salud” (Defensoría del Pueblo, 2007, p. 43).

Indicadores de la Disponibilidad

Recursos Físicos

Es el conjunto de medios físicos necesarios para la prestación de servicios como infraestructura; centros de salud, consultorios, equipamiento; equipos médicos, computadoras, insumos como medicinas, materiales. (Tanahashi, 1978, p.297)

Para Shenguelia, *et al.* (2003, p. 222) la disponibilidad física se refería solo a “la proximidad geográfica de los servicios de salud a la población mientras que la disponibilidad de recursos engloba insumos, medicamentos y equipamiento”.

Recursos humanos

Es el conjunto de talento humano que brinda la fuerza de trabajo necesaria para brindar el servicio de salud a la población, lo cual se expresa a través de sus capacidades, talento, competencias y habilidades, está conformado por profesionales, técnicos, administrativos, entre otros.

Jaramillo *et al.*, (2006, pp.13-14) señalaron que el recurso humano en salud en el Perú comprende al individuo y su capacidad potencial máxima, asimismo es quien debe brindar los servicios bajo los principios de derecho humano en salud, interculturalidad, género y desarrollo humano.

Servicios

Son actividades realizadas por la institución prestadora del servicio de salud con el fin brindar asistencia sanitaria enfocado en el mantenimiento restauración y la promoción de la salud de las personas para lo cual requiere de la ayuda de los recursos

materiales, humanos y logísticos, está constituida por los programas de salud, sistema integrado de comunicación. (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2016, p.5).

Según la OMS (2013) se entiende como servicios de la salud, “los métodos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, comprenden la atención sanitaria brindada en las comunidades, centros sanitarios y hospitales” (pp. 11-12).

Segunda dimensión: Accesibilidad

Es la segunda etapa para alcanzar la cobertura en la cual la población que puede beneficiarse de la disponibilidad puede además llegar y utilizar los servicios de salud y como ejemplo de barreras que se pueden presentar tenemos largas colas para hacer los trámites, tiempo de espera largo fuera del consultorio, tramites complicados entre otros puede ser de tres tipos; accesibilidad física, organizacional y financiera (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Acotando otros aportes de autores respecto a la accesibilidad tenemos a Penchansky y Thomas (1981, pp. 130) quienes mencionan la accesibilidad como la relación de la ubicación geográfica con la oferta de servicios respecto a los usuarios, incluye factores como tiempo de desplazamiento, distancia y costo. Al respecto la OMS señaló que los establecimientos, y servicios deben ser accesibles para todos por igual dentro de una jurisdicción, asimismo divide la accesibilidad en subdimensiones: accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y accesibilidad a la información (OMS y OPS, 2014, p.2).

Indicadores de la Accesibilidad

Accesibilidad Física

“Es la distancia que deberá recorrer el usuario hacia el centro de salud, comprende además la conectividad y la existencia de medios de transporte para

dicho traslado” (Tanahashi, 1978, p. 297).

Por otro lado Frenk (1985, p. 438) clasificó los obstáculos o resistencias que se puedan presentar en la accesibilidad física, como barreras ecológicas, que impiden que se pueda aprovechar la capacidad de los recursos.

Accesibilidad Organizacional

“Son los requisitos que deben reunir los usuarios para obtener el servicio de salud además comprende los trámites que se han de realizar para obtener la cita, el tiempo de espera para la siguiente cita” (Tanahashi, 1978 p. 297).

Al respecto Penchansky y Thomas (1981, p. 130) consideraron la accesibilidad organizativa como una dimensión aparte a la que denomina acomodación, que tiene que ver con la organización propia de los servicios.

Accesibilidad Financiera

Es la capacidad financiera que tiene el usuario para poder solventar el costo de transporte, gastos para el uso de servicio de salud y la pérdida de ganancia en el trabajo por el día que falta para ir por atención médica Tanahashi (1978 p. 297).

Penchansky y Thomas (1981, pp. 130) denominaron la accesibilidad financiera de Tanahashi (1978) como capacidad financiera, para referirse a la cobertura en la prestación del servicio y al costo que el individuo debe pagar por el seguro de salud aunque respecto a esto la OMS señala que “ la oferta de servicios sanitarios gratuitos en los centros públicos recorre solo un tramo del camino hacia la reducción de las barreras económicas al acceso y en algunos países se trata de un tramo muy pequeño” (2013, p.57).

Tercera dimensión: Aceptabilidad

Es la tercera etapa para el logro de la cobertura, en la cual la capacidad del servicios se ve limitada solo por el número de personas que tienen la predisposición, el deseo o la aceptación para utilizar los servicio que le son accesibles; esta etapa se encuentra influenciada por la percepción que tienen las personas acerca de las prestaciones de los servicios y a su vez depende de factores socioculturales, religiosos, creencias, normas valores, trato y privacidad, algunos ejemplos de barreras que se puedan presentar en esta dimensión son falta de información sobre los servicios que existen, falta de confianza en el tratamiento prescrito, el no deseo de acceder al servicio de salud, entre otros (Tanahashi, 1978, p. 297).

Respecto a esta dimensión Penchansky y Thomas (1981, pp. 131) definieron la aceptabilidad como la relación dual entre las actitudes de los usuarios frente a las características del prestador del servicio o viceversa.

Indicadores de Aceptabilidad

Factores Socioculturales

Son los factores sociales y culturales, como costumbres del entorno familiar aprendido, grado de conocimiento recibido, creencias en base a experiencia vividas que influyen en un grupo de personas a nivel social y que a su vez hace posible la aceptación del servicio algunos ejemplo son percepción de la importancia de la salud, percepción de las necesidades de la salud de los estudiantes, conocimiento sobre salud, lo cual a su vez es importante para lograr concientizar sobre acciones preventivas (Tanahashi, 1978 p. 297).

Otro aporte respecto a esta dimensión es la que señala la OMS recomendando que todos los servicios de salud tienen que ser culturalmente apropiados y respetando la ética médica, asimismo se deberá tomar en cuenta las características éticas y culturales de la sociedad en un momento dado (Defensoría del Pueblo, 2007, p. 43).

Trato

Es la manera como se recibe la prestación de servicios, por parte del prestador de servicio y el usuario o viceversa, un buen trato medico con ética y respeto dará la confianza necesaria para aceptar la prestación del servicio de salud (Tanahashi, 1978 p. 297).

Al respecto el Minsa señala que el trato digno es el buen trato de atención; para lo cual deberá de haber amabilidad, paciencia y actitud del prestador del servicio hacia el usuario, atención oportuna y pronta según la condición de salud de cada usuario, información y orientación a los usuarios a través de diversos mecanismos y calidad de las comodidades básicas (Minsa, 2009, p. 30).

Cuarta dimensión: Contacto con el servicio

Contacto con el servicio, se refiere al contacto real entre el servicio y el usuario; así como la continuidad de la atención; dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención. Comprende a las personas que utilizan el servicio, algunos ejemplos de barreras son percepción de una mala atención, pérdida de confianza por un tratamiento que no fue efectivo, etc. (Tanahashi, 1978, p.297)

Indicadores del Contacto con el servicio

Continuidad de la atención

Es cuando el paciente regresa al servicio de salud por segunda vez o más veces a recibir atención de salud o para continuar un tratamiento ya iniciado hasta culminarlo, esto depende de cómo el paciente recibió o experimentó la atención de salud, (Tanahashi, 1978, p.297).

Asimismo Manito *et al.* (2005, p.4), conceptualizaron la continuidad asistencial como una forma longitudinal y de compartimiento del trabajo asistencial en la cual desempeñaran múltiples labores distintos profesionales, en diferentes espacios y

tiempo con un único fin que es lograr la salud del ser humano.

Calidad de la atención

Se refiere a que el tratamiento recibido, será realizado de acorde a los avances de la ciencia y la tecnología integrándose en torno a la atención de promoción, prevención y de atención recuperativa asegurando de esta manera la eficacia y eficiencia, lo cual dará como resultado la satisfacción del paciente. (Tanahashi, 1978 p. 297)

Al respecto la OMS señaló que los establecimientos, bienes y servicios deberán estar de acorde con el avance científico y deberán ser de buena calidad lo cual implica que los profesionales se encuentren muy bien capacitados, además se debe contar con un equipo indispensable para realizar los trabajos, garantizando así el derecho a la salud. (Defensoría del Pueblo, 2007 p. 43)

Importancia de la variable

Hay una serie de formas de describir la capacidad y el rendimiento de un servicio; por lo tanto, hay varias maneras de medir la cobertura. Es poco probable que una única medida de cobertura pueda reflejar satisfactoriamente la interacción compleja entre el servicio de salud y la población objetivo.

Para identificar las medidas de cobertura que reflejan los requisitos esenciales para la prestación del servicio, imaginemos el proceso mediante el cual una persona que necesita un cierto tipo de atención médica obtiene el servicio adecuado. Primero, busca un servicio en su área que sea relevante para su problema; cuando ha encontrado que hay uno, puede usarlo solo si tiene los medios para alcanzarlo; si puede pagarlo y decide usarlo es otro asunto; si lo hace, entonces él recibe el servicio; pero el servicio puede o no resolver su problema, dependiendo de la calidad del servicio así como de la naturaleza de su condición. (Tanahashi, 1978 pp. 298-299). Al observar este proceso desde el punto de vista de la provisión del servicio, es posible identificar cinco etapas importantes que conducen sucesivamente a una intervención de salud deseada y

definir medidas de cobertura apropiadas para estas etapas.

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema General

¿Cuáles es el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud que perciben los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima?

1.4.2 Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es el nivel de barreras de disponibilidad de los servicios de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima?

Problema específico 2

¿Cuál es el nivel de barreras de accesibilidad a los servicios de la salud de estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima?

Problema específico 3

¿Cuál es el nivel de aceptabilidad a los servicios de la salud de estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima?

Problema específico 4

¿Cuál es el nivel de contacto con los servicios de la salud de estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima?

1.5 Justificación

Justificación Teórica

La investigación propuesta buscó mediante la aplicación del Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, Cobertura Universal de la Salud incrementar el conocimiento acerca del nivel de barreras, nivel de disponibilidad, nivel de accesibilidad, nivel de aceptabilidad y nivel de contacto para encontrar una

explicación a la problemática, el desarrollar esta tesis nos va servir para evaluar y conocer las barreras de acceso a la salud a las cuales se enfrentan los estudiantes en estudio, esto a través de una encuesta realizada, además nos va permitir saber porque las personas no acuden a los centros de salud a tiempo y de manera preventiva, ya que en su gran mayoría solo lo hacen cuando se encuentran en situación de emergencia o en estados muy avanzados de la enfermedad, además tomar como ejemplo este pequeño grupo para poder establecer alguna alternativa de solución para poder difundir el acceso a los servicio es de salud de la población. Asimismo los resultados obtenidos refuerzan la teoría existente de las barreras además de ser requisito indispensable para el análisis de las desigualdades o inequidades en el acceso al sistema sanitario, que según la Organización mundial de la salud constituye una de las principales metas a lograr; especialmente en los países de América Latina. En este sentido se ha descrito a partir de la teoría cobertura efectiva de Tanahashi el nivel de las principales barreras que se presentan y el nivel de cada una de sus dimensiones, para que puedan ser tomadas en cuenta y tratar de disminuirlas o eliminarlas (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Justificación Social

Se podría decir que esta tesis busca cierta importancia en el ámbito social ya que se conocerá un poco más a fondo las razones por la cual las personas en estudio no acuden a los centros de salud a los cuales les corresponde porque se enfrentan a diversas barreras de acceso a la salud, es así que identificándolas podríamos establecer o proponer posibles soluciones a dicha problemática, de esta manera se podrá lograr una buena promoción y lo más importante una buena prevención de salud que es a lo que la mayoría apuntamos, ya que al no haber prevención se provoca una desproporción en las atenciones y una mayor complicación en el tratamiento de los pacientes, aumentando los costos de curación y cuidados en los pacientes que ingresan al sistema de salud debido a esta misma falta de prevención (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Justificación Práctica

A nivel práctico podemos utilizar este proyecto a manera de instrumento para

hallar y medir los tipos de barreras de acceso a la salud, no solo de los estudiantes de la institución tecnológica pública en la cual se desarrolló este estudio, sino también en cualquier grupo de personas en los cuales quisiéramos identificar estas barreras de acceso a la salud para poder hallar las posibles alternativas de solución y así mejorar la salud a nivel personal y a su vez a nivel grupal. (Hernández *et al.*, 2014, p. 40)

Justificación Metodológica

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, utilizando el método hipotético deductivo y un diseño no experimental descriptivo, asimismo para lograr los objetivos se recurrió al empleo de la técnica de investigación: encuesta, y se usó como instrumento para el recojo de datos un cuestionario adaptado y estructurado que fue adecuadamente fundamentado y validado, presentando además simplicidad en su aplicación e interpretación. Los datos recolectados fueron procesados en software obteniendo resultados veraces y coherentes con el tipo de diseño de la presente investigación para medir el nivel de barreras y el de sus dimensiones, obteniendo de esta manera resultados que se apoyan en técnicas de investigación que son válidas en el medio. (Hernández *et al.*, 2014, pp. 90-100)

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar las Barreras de acceso a los servicios de la salud percibidos por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima

1.6.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar el nivel de disponibilidad de los servicios de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima.

Objetivo específico 2

Identificar el nivel de accesibilidad a los servicios de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima.

Objetivo específico 3

Determinar el nivel de aceptabilidad a los servicios de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima.

Objetivo específico 4

Identificar el nivel de contacto con los servicios de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque “se observó la variable tal y como se presentó en su medio natural sin realizar ninguna intervención o manipulación por parte del investigador al momento de recoger la información y fue de tipo transversal porque dicho recolección de datos se realizó en un mismo y único momento” (Hernández, *et al.* 2014, p. 152) y obedeció al siguiente esquema de diseño:



Figura 1 Esquema de diseño de investigación

Metodología

El presente trabajo se realizó en un enfoque cuantitativo porque se ha seguido un patrón estructurado y objetivo usando la medición para hallar los rangos de las barreras para poder ver en que magnitud ocurren, aportando a la teoría señalada en el marco teórico. Además se basó en la recolección de datos analizados con métodos estadísticos, para describir el nivel de barreras, bajo el método científico deductivo (Hernández, *et al.* 2014, p. 13).

Tipos de estudio

La investigación fue básica de nivel descriptivo según la clasificación de Hernández, *et al.* (2014, pp. 42-43).

Básica; porque con los datos obtenidos se aumentó el conocimiento sobre la variable barrera de acceso y los niveles de sus dimensiones tales como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con los servicios de la salud de los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima en un contexto en donde aun no se le había estudiado.

Descriptiva; porque se describió, detalló y señaló tal y como se presentaron los niveles de barreras de acceso y sus dimensiones percibidos por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima.

2.2 Variables, Operacionalización

En la presente investigación se estableció como variable de estudio la barrera de acceso. Esta variable fue de naturaleza cualitativa y de escala ordinal, por lo tanto se pudo establecer niveles de orden entre las categorías. Asimismo el presente estudio para medir dicha variable fue realizado bajo un enfoque cuantitativo, de tipo básico y descriptivo con un diseño de estudio no experimental de tipo transversal, según Hernández, *et al.* (2014, p.128).

2.2.1 Definición conceptual

Variable 1: Barrera de acceso “Las barreras de acceso son los factores limitantes responsables de la mala cobertura y del poco acceso a los servicios de la salud, que causan dificultad para acceder a estos servicios; en consecuencia una atención ineficaz” (Tanahashi, 1978, p.300).

2.2.2 Definición operacional de las variables

La variable barrera de acceso se midió a través de cuatro dimensiones: (a) disponibilidad, con cinco ítems; (b) accesibilidad, con ocho ítems; (c) aceptabilidad también con siete ítems; y (d) contacto con el servicio, con ocho ítems. Esta variable fue medida con un instrumento constituido por 26 ítems con respuesta tipo dicotómica y los rangos establecidos fueron: barreras de nivel bajo de 0 a 8, moderado de 9 a 17 y alto de 18 a 26.

Tabla 1

Operacionalización de Variables

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	NIVEL Y RANGO
Disponibilidad	• Recursos Físicos	1,2	Nominal SI (1) NO (0)	BAJO (0 - 8)
	• Recursos Humanos	3,5		
	• Servicios	4		
Accesibilidad	• Física	8,9		MODERADO (9 - 17)
	• Organizacional	7,10,11,12		
Aceptabilidad	• Financiera	6, 13,		ALTO (18 - 26)
	• Factores Socioculturales	14,17,18		
Contacto con el Servicio	• Trato	15,16		
	• Continuidad de la atención	21,23,24,26		
	• Calidad de la Atención	19,20,22,25		

2.3 Población, muestra y muestreo**Población**

La población estuvo conformada por estudiantes de un Instituto Superior Tecnológico Público en el distrito de Lima, que hayan acudido a algún centro de salud en el último año para recibir cualquier tipo atención siendo la cantidad total de 650 alumnos que presentaron estas características, de los cuales formaron parte de la muestra 242 alumnos para tener un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%. (Hernández, *et al.*, 2014, p.175).

Criterios de inclusión

Se consideraron como criterios de inclusión: estudiantes que hayan acudido a algún centro de salud durante el presente año para realizarse cualquier tipo de

atención y que se encuentren entre los 17 y 23 años de edad, además que acepten participar en el estudio a través de otorgar sus respuestas sinceras.

Criterios de Exclusión

Estudiantes que no hayan recibido ningún tipo de atención durante el presente año, estudiantes que tengan una edad menor a 17 años y mayor a 23 años.

Muestreo

La muestra se eligió mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que todos en su condición de estudiantes son elementos homogéneos y por lo tanto tienen la misma probabilidad de ser seleccionados, Hernández, *et al.*, (2014, p. 178) recomienda utilizar el programa STATS® que fue el que se utilizó.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta, que es una técnica basada en preguntas orientadas a un número considerable de personas, la cual utiliza el instrumento cuestionario para recoger información sobre las características que se desea medir o conocer (Hernández, *et al.*, 2014, p. 198).

Instrumento de recolección de datos:

Según la técnica de la investigación realizada, el instrumento utilizado para la recolección de información fue el cuestionario. Al respecto Hernández, *et al.* (2014) indicaron que “consiste en un conjunto de preguntas de una o más variables a medir” (p.217).

Se utilizó un cuestionario para medir el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud, compuesto de 26 ítems.

Ficha técnica del instrumento para medir la barrera de acceso al servicio de salud bucal

Nombre: Cuestionario para medir las barreras de acceso a los servicios de la salud en alumnos de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima.

Autores: se utilizó como modelo el estudio de Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa Hirmas et al (2013).

Adaptación: Jhosep Cosar

Año: 2017

Objetivo: Describir de forma cuantitativa el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud.

Lugar de aplicación: de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima

Forma de aplicación: Directa

Duración de la aplicación: 20min.

Descripción del instrumento: Para la variable barrera de acceso, el cuestionario estuvo constituido por 26 preguntas, distribuidas en 5 preguntas para la dimensión disponibilidad, 8 preguntas para la dimensión accesibilidad, 5 preguntas para la dimensión aceptabilidad y 8 preguntas para la dimensión contacto con el servicio; las respuestas del cuestionario estuvieron estructuradas bajo el tipo dicotómica, considerando 2 categorías: Si = 1 punto y No = 0.

Procedimiento de puntuación:

Niveles de barrera de acceso a los servicios de la salud bajo (0 - 8), nivel moderado (9-17) y nivel alto (18 - 26);

Validación y confiabilidad de los instrumentos.

Validación de los instrumentos

En términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, *et al.* 2014, p. 203).

Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideración de

juicio de expertos. Según Hernández, *et al.* (2014, p. 204), el juicio de expertos para contrastar la validez de los Ítems consiste en preguntar a personas expertas en el tema a tratar y el dominio de los ítems acerca del grado en el que se adecua respecto a un criterio determinado y que ya está previamente establecido.

Tabla 2

Validez del instrumento, según expertos

	Experto	Condición final
Juez 1	Mg. Damiana Calderón Gandarillas	Aplicable
Juez 2	Mg. Argentina Mayorga Lacayo	Aplicable
Juez 3	Mg. Yolanda Vásquez Cerdán	Aplicable

Validación del Contenido

Para establecer la validez de los instrumentos se buscó evaluar la validez del contenido a través del juicio de expertos; para ello previamente se elaboró el cuestionario que fue el instrumento utilizado para la recolección de datos en el presente estudio el cual fue estructurado y adaptado por el investigador y contenía 26 preguntas sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio con dos alternativas y un puntaje que fue de 0 a 26; el mismo que fue sometido a la revisión de 3 expertos especializados en metodología de la investigación, uno de cuales fue tecnólogo medico en laboratorio clínico, 1 Químico Farmacéutico y una enfermera, todos docentes del Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima con experiencia en la docencia y en áreas de la salud, quienes consideraron el instrumento adecuado y aceptable para ser aplicado, lo cual se puede corroborar en los anexos del presente trabajo.

Confiabilidad de los instrumentos

El instrumento de recolección de datos que se empleó en el estudio tienen ítems con opciones en tipo dicotómica, por lo que se empleó el coeficiente de Kude Richardson para determinar la consistencia interna, analizando cada ítem con

todas las demás que integran dicho instrumento. Para determinar dicho coeficiente, se aplicó la prueba piloto con 62 personas y después se analizó mediante KR 20 con la ayuda del software Microsoft Excell versión 2010.

Según Hogan (2004, pp. 421-427), la escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores:

Alrededor de 0.9, es un nivel elevado de confiabilidad.

La confiabilidad de 0.8 o superior puede ser considerada como confiable

Alrededor de 0.7, se considera baja

Inferior a 0.6, indica una confiabilidad inaceptablemente baja.

Tabla 3

Confiabilidad del instrumento– Kude Richardson 20

Instrumento	Kude Richardson	Nº ítems
Barrera de acceso	0.81	26

En función del resultado obtenido del juicio de expertos, que consideraron los instrumentos aplicables y el índice de fiabilidad obtenido por el KR 20 igual a 0.81; se consideró que el instrumento era confiable y procedía su aplicación.

Método de recolección de datos

El procedimiento para la recolección de datos siguió los siguientes pasos:

Inicialmente se aplicó el instrumento, según la indicación establecida en la ficha técnica. Luego, con los datos obtenidos se elaboró la matriz de datos, en la que se transformaron los valores según la escala establecida y se procedió con el análisis respectivo, con el fin de presentar las conclusiones y recomendaciones y poder preparar el informe final.

2.5 Métodos de análisis de datos

Una vez recolectados los datos de la investigación, se procedió a analizar cada una de las variables de la siguiente manera:

1er paso: Categorización analítica de los datos: se clasificaron y codificaron para lograr una interpretación de los hechos recogidos. Se elaboró la matriz de datos.

2do paso: Descripción de los datos: Mediante tablas de resumen de resultados, se presentaron las frecuencias y porcentajes de cada una de las categorías.

Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 21.0 para Windows XP y el EXCEL.

2.6 Aspectos éticos

Para llevar a cabo esta investigación no se consideró riesgo alguno, no realizó ninguna manipulación o modificación intencionada de variables, ni aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos o sociales en algún participante; no se tomaron en cuenta los datos de identificación, para garantizar el anonimato y confidencialidad de los participantes no se escribió nombre en el formato de la encuesta. A los usuarios entrevistados que participaron en la encuesta se les informo que el desarrollo de la misma era voluntario, esta investigación se llevaba a cabo solo si se el participante estaba de acuerdo, se respetó la participación voluntaria de cada uno de los participantes, se le explicó a cada uno de ellos, los objetivos, propósitos y beneficios de la investigación y los datos e información que se brindaron fueron guardados y asegurados para que solamente el investigador tenga acceso a ellos, de igual forma se contó con la aprobación de los grupos y encargados de los mismos para la recolección de la información en el lugar y horas previstas, siempre se respetó el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad; la publicación de los resultados es coherente con la exactitud de los resultados, el diseño y la ejecución de cada procedimiento que se formuló claramente en el protocolo; el deber de la investigación en este estudio se centró en el principio de beneficencia/no maleficencia con el fin de proteger, preservar la vida y la salud de los participantes; y el bienestar de los mismos no fue subvalorado en comparación con el interés de la ciencia y de la sociedad(Hernández, *et al.* 2014, p. 407).

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos

3.1.1. Descripción de la variable barrera de acceso

Tabla 4

Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	45	18,6
Moderado	167	69,0
Alto	30	12,4
Total	242	100,0

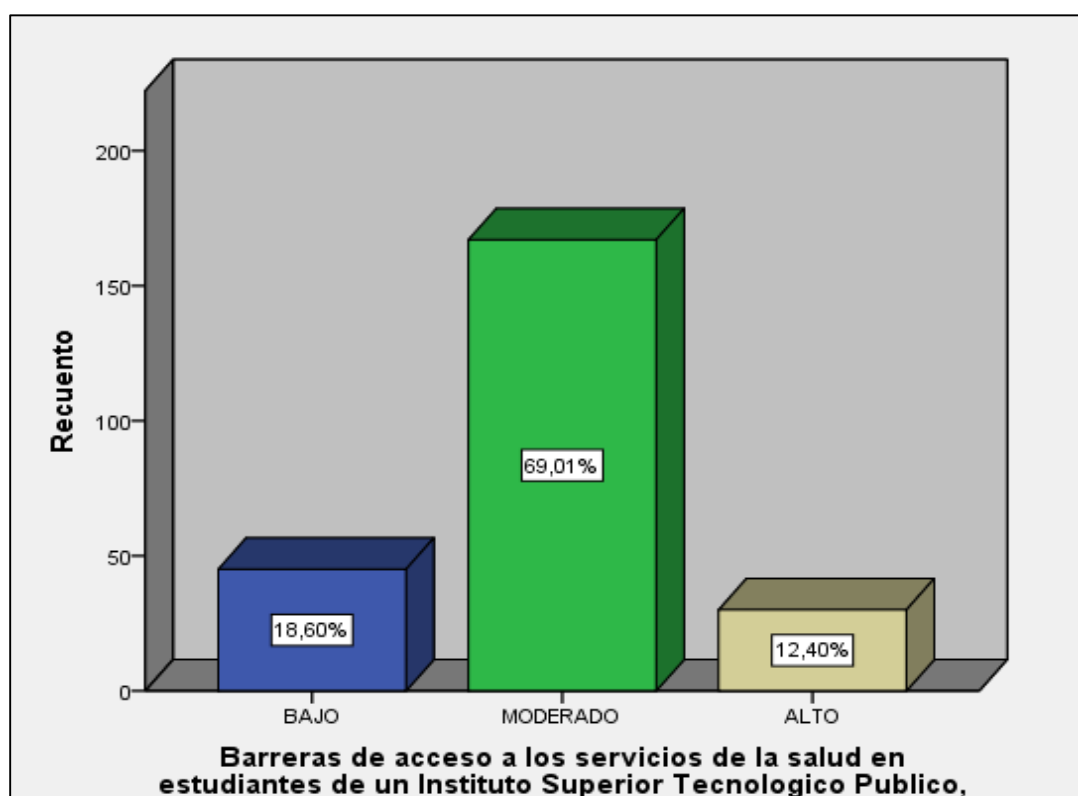


Figura 2. Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 4 y figura 1 se observó que el 69% de los estudiantes del instituto superior tecnológico público consideró que existía un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de salud, el 18.6% lo consideró bajo nivel y solo el 12.4% lo percibieron como alto.

3.1.2. Descripción de la variable barrera de acceso según la edad

Tabla 5

Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Escala de Edades		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Adolescencia (15-19 años)	Recuento	42	83	12	137
	% dentro de edad	30,7%	60,6%	8,8%	100,0%
Juventud (20 – 24 años)	Recuento	3	84	18	105
	% dentro de edad	2,9%	80,0%	17,1%	100,0%

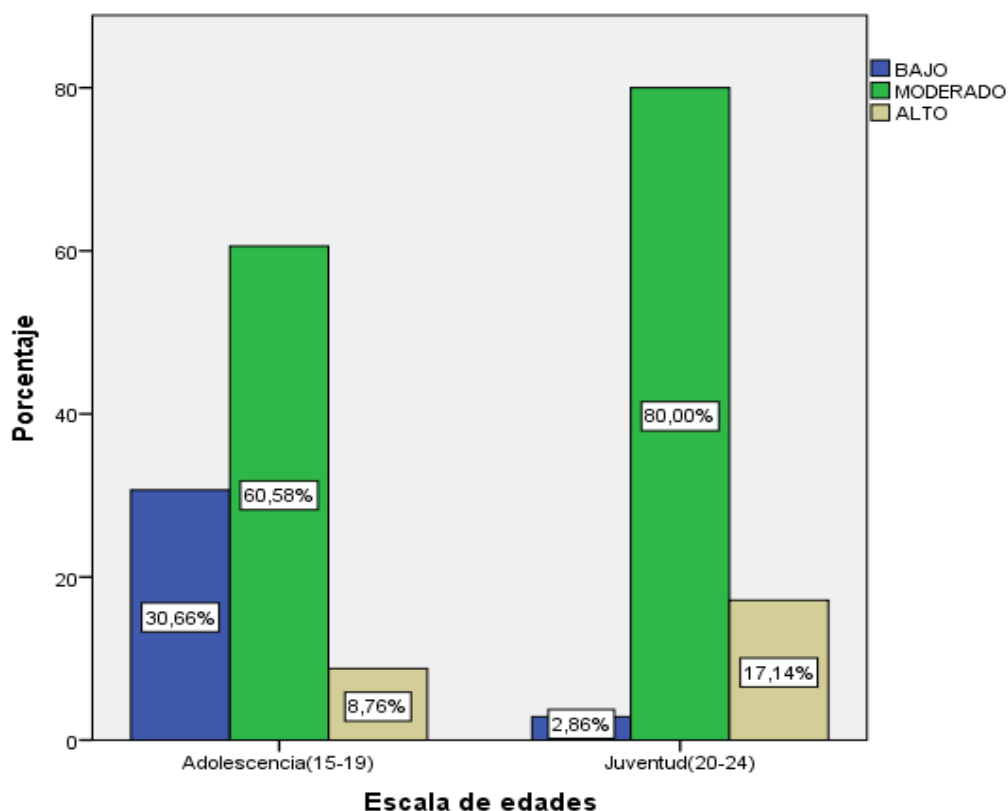


Figura 3 Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según escala de edades en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 5 y figura 2 observamos la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud según escala de edades dividido en dos grupos conformado por adolescentes y jóvenes, se puede observar que en el grupo de adolescentes

comprendidos entre los 15 y 19 años, 60,58% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, 30.66% perciben un nivel de barreras de acceso bajas y 10.3% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 80% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, el 17.14% percibieron un nivel de barreras de acceso altas y 2,86% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas

3.1.3. Descripción de la variable barrera de acceso según distrito de procedencia

Tabla 6

Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Distrito de residencia		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Comas	Recuento	39	120	25	184
	% dentro de distrito de residencia	21,2%	65,2%	13,6%	100,0%
Lima	Recuento	0	13	0	13
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Callao	Recuento	4	5	0	9
	% dentro de distrito de residencia	44,4%	55,6%	0,0%	100,0%
Los olivos	Recuento	0	6	0	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Carabayllo	Recuento	2	9	5	16
	% dentro de distrito de residencia	12,5%	56,3%	31,3%	100,0%
Puente piedra	Recuento	0	6	0	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
San Martín de Porres	Recuento	0	8	0	8
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

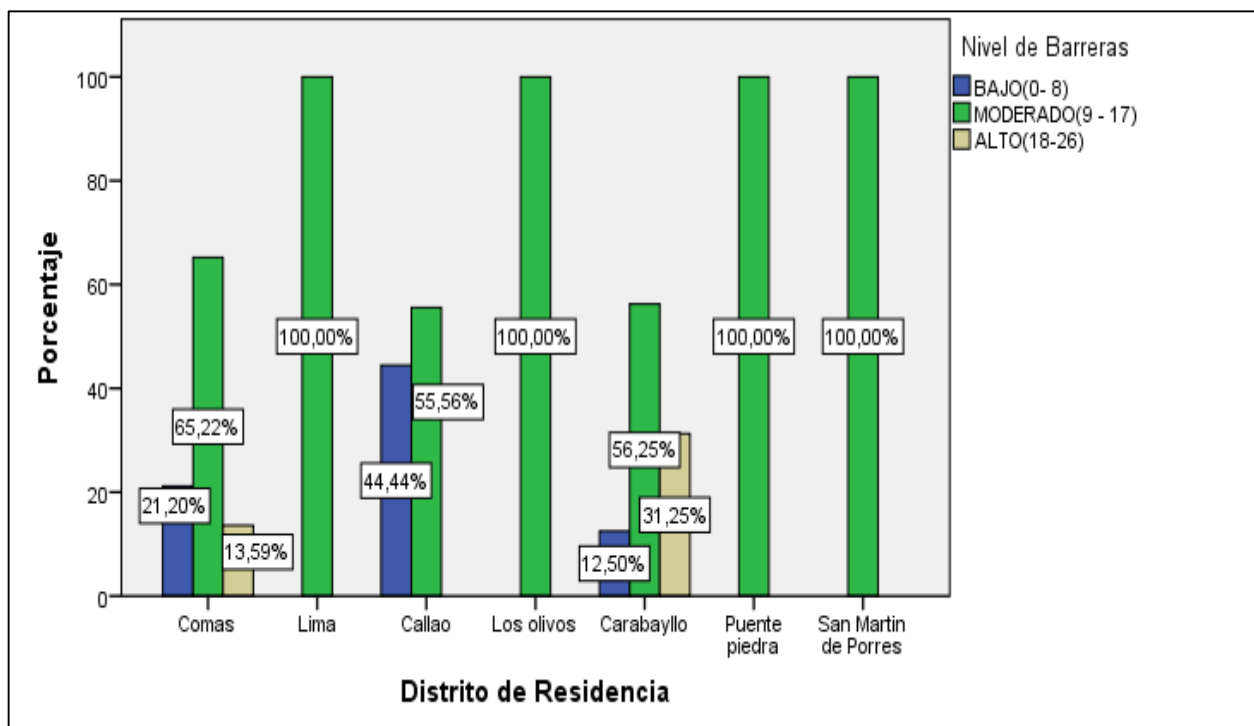


Figura 4 Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Se puede observar según la tabla 6 y figura 3 que de las personas que viven en Lima el 65,22% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud, 21,2% perciben un bajo nivel de barreras y el 13,6% encuentra un nivel alto de barreras; de las personas que residen en el distrito de Carabayllo el 56,25% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 31,25% manifiesta un nivel alto de barreras de acceso y el 12,5% encuentra un bajo nivel de barreras de acceso, de los estudiantes que viven en el distrito de Lima el 100% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud; en el Callao el 55,56% de las personas que residen ahí encuentra un nivel moderado de barreras de acceso y el 44,4% encuentra un bajo nivel de barreras; en San Martín de Porres el 100% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud y esto también se observa en los distritos de Los Olivos y Puente Piedra.

3.1.4. Descripción de la variable barrera de acceso según sexo

Tabla 7

Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

SEXO		BAJO	MODERADO	ALTO	TOTAL
Femenino	Recuento	33	111	18	162
	% dentro de sexo	20,4%	68,5%	11,1%	100,0%
Masculino	Recuento	12	56	12	80
	% dentro de sexo	15,0%	70,0%	15,0%	100,0%

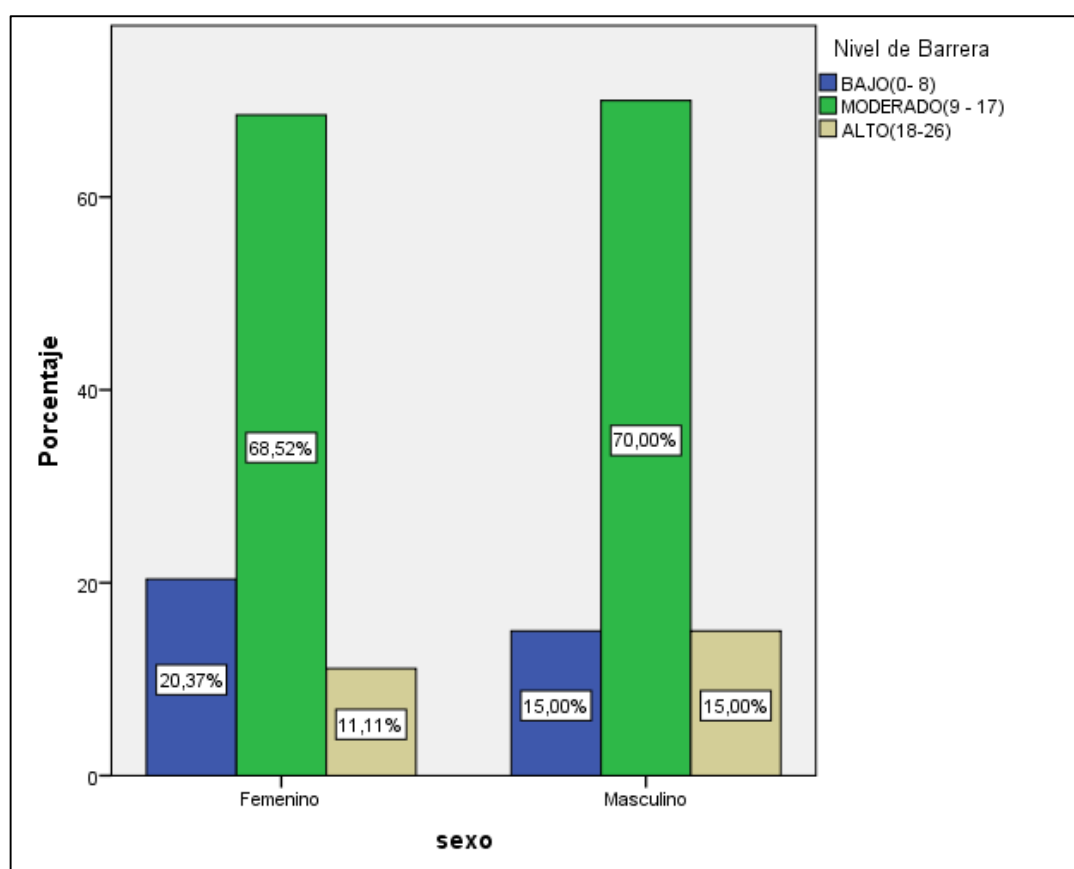


Figura 5 Nivel de barrera de acceso a los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En este cuadro y figura se observa en el sexo femenino que el 68,52% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 20,37% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 11,11% percibe un nivel alto de barreras; dentro de las personas con sexo masculino se observa lo siguiente, el 70% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la

salud, el 15% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 15% también encuentra un nivel alto de barreras.

3.1.5. Descripción de la variable barreras de acceso respecto a las dimensiones

Dimensión 1: disponibilidad

Tabla 8

Nivel de barreras de acceso con respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
BAJO(0-1)	16	6,6
MODERADO(2-3)	132	54,5
ALTO(4-5)	94	38,8
Total	242	100,0

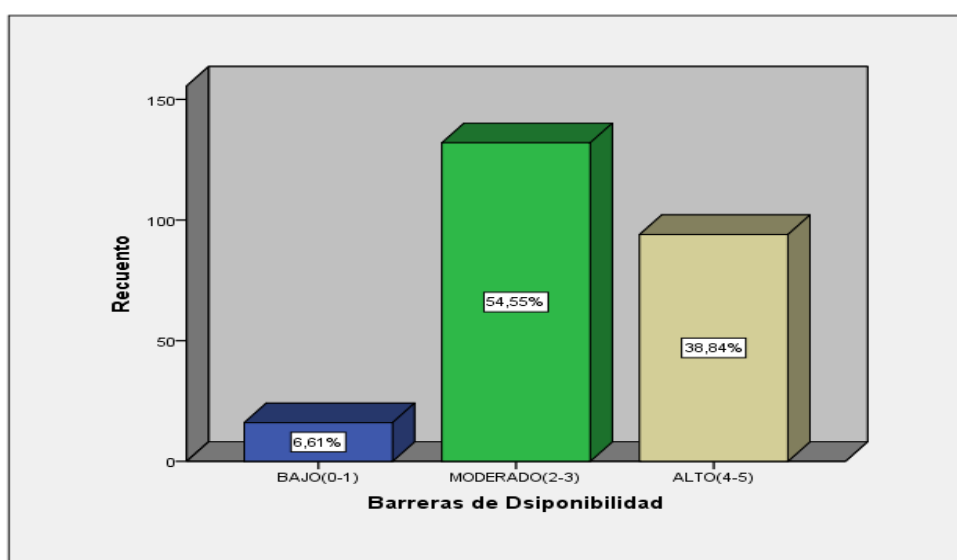


Figura 6 Nivel de barreras de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 8 y figura 5 se observa que el 54,55% de los estudiantes percibe un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la disponibilidad, el 38,84% de los estudiantes perciben un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud y un 6,61% manifiestan un nivel bajo de barreras.

Tabla 9

Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Escala de Edades		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Adolescencia (15-19 años)	Recuento	16	84	37	137
	% dentro de edad	11,7%	61,3%	27,0%	100,0%
Juventud (20-24 años)	Recuento	0	48	57	105
	% dentro de edad	0,0%	45,71%	54,29%	100,0%

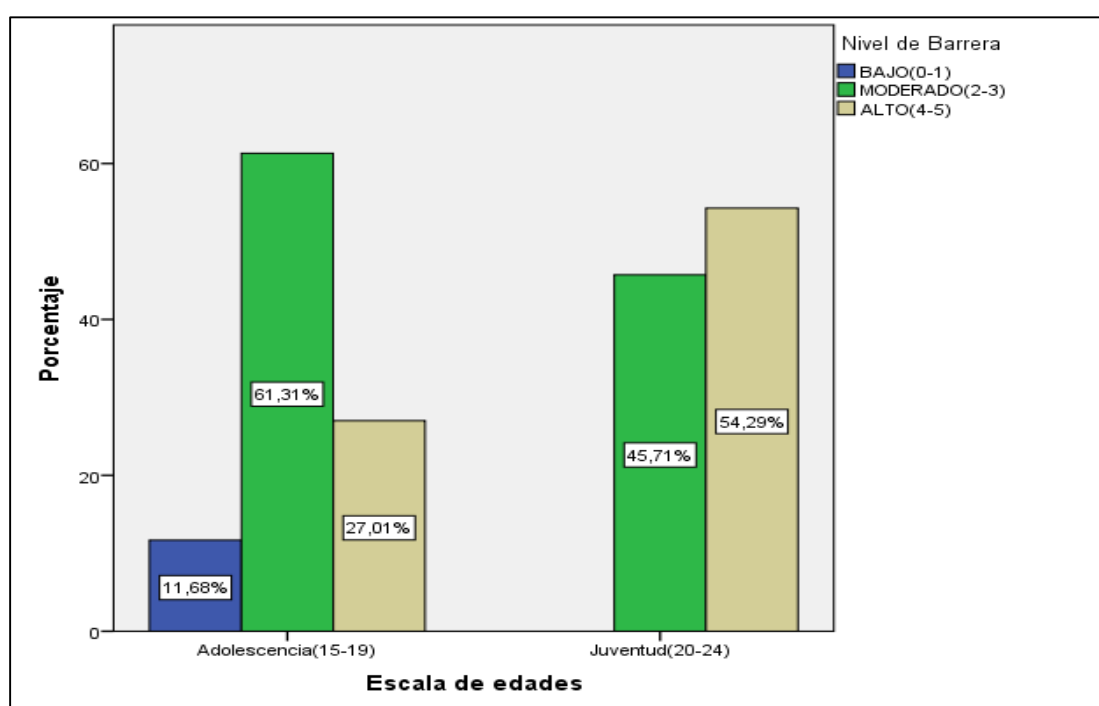


Figura 7 Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico en Lima 2017.

En la tabla 9 y figura 6 observamos la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud pero enfocadas solo desde el punto de vista de la disponibilidad según escala de edades dividido en dos grupos conformado por adolescentes y jóvenes, se puede observar que en el grupo de adolescentes comprendidos entre los 15 y 19 años, 61,31% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, 27,01% perciben un nivel de

barreras de acceso altas y el 11.68% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 54,29% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud altas y el 45.71% percibieron un nivel de barreras de acceso moderadas.

Tabla 10

Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Distrito de residencia		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Comas	Recuento	16	94	74	184
	% dentro de distrito de residencia	8,7%	51,1%	40,2%	100,0%
Lima	Recuento	0	13	0	13
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Callao	Recuento	0	7	2	9
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	77,8%	22,2%	100,0%
Los olivos	Recuento	0	3	3	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Carabayllo	Recuento	0	13	3	16
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	81,2%	18,8%	100,0%
Puente piedra	Recuento	0	0	6	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
San Martín de Porres	Recuento	0	2	6	8
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%

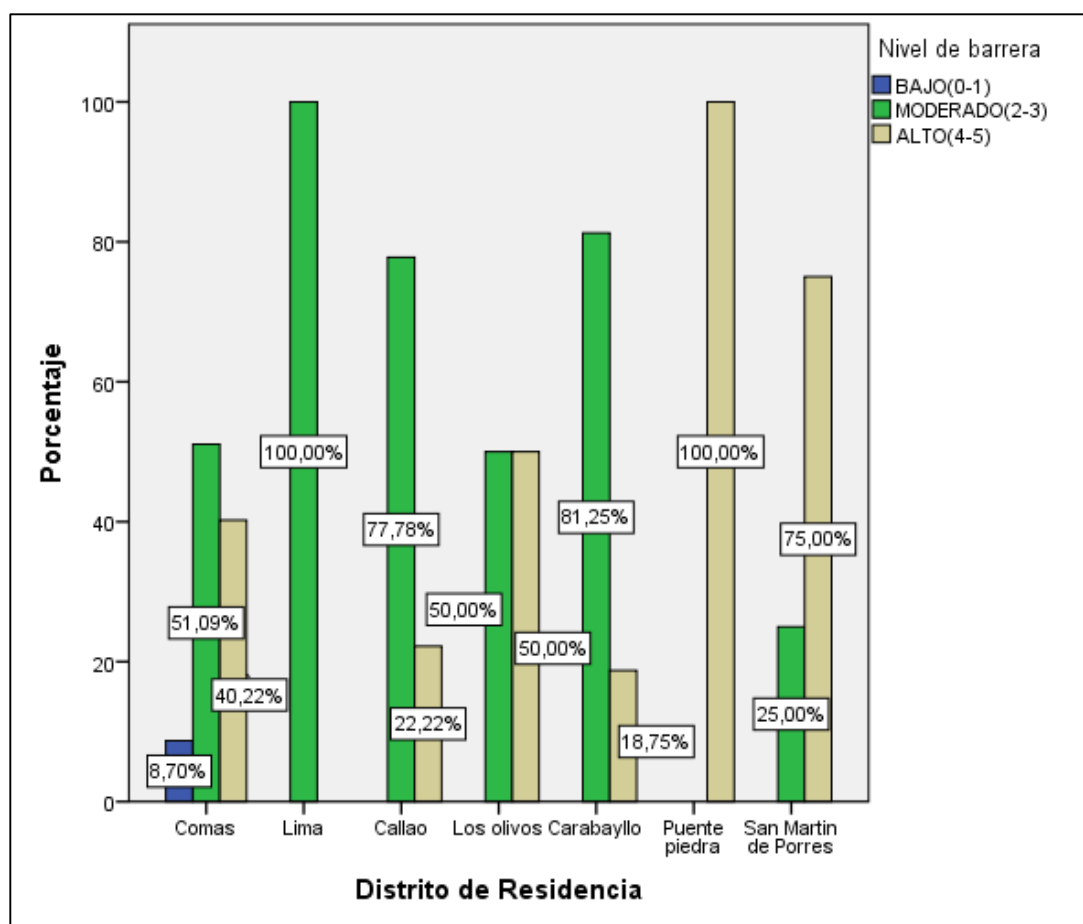


Figura 8 Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Se puede observar según la tabla 10 y figura 7 que de las personas que viven en Lima el 51,09% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión disponibilidad, el 40,22% perciben un alto nivel de barreras y el 8,7% encuentra un nivel bajo de barreras; de las personas que residen en el distrito de Carabayllo el 81,25% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud y el 18,75% manifiesta un nivel alto de barreras de disponibilidad, de los estudiantes que viven en el distrito de Lima el 100% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud; en el Callao el 77,78% de las personas que residen ahí encuentra un nivel moderado de barreras de acceso respecto a la disponibilidad y el 22,22% encuentra un alto nivel de barreras de disponibilidad; en San Martin de Porres el 75% percibe un alto nivel de barreras de disponibilidad y el 25% manifiesta un nivel moderado de barreras; en el distrito de los olivos el 50% percibe un nivel alto de barreras de disponibilidad y el otro 50% las percibe

de un nivel moderado y por ultimo en el distrito de Puente Piedra el 100% manifiesta un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la disponibilidad.

Tabla 11

Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico en Lima 2017.

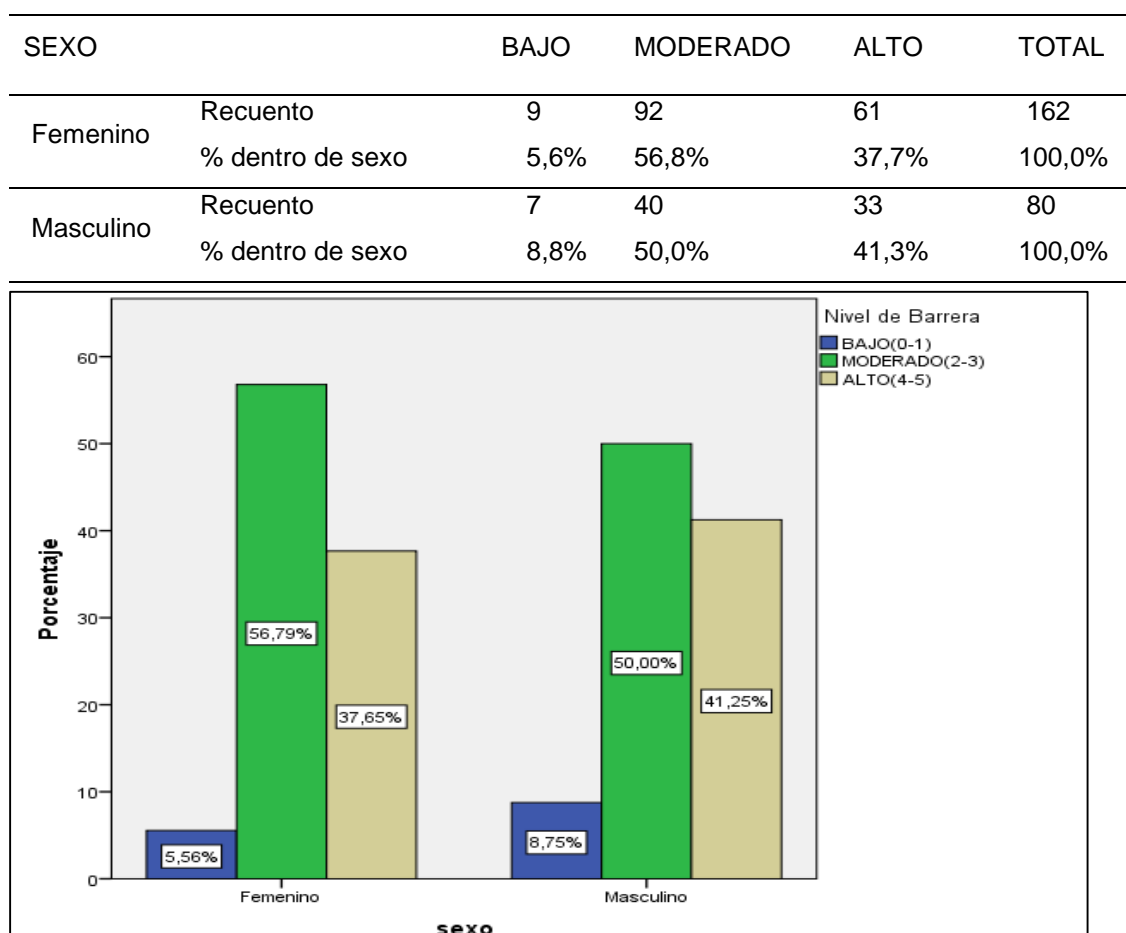


Figura 9 Nivel de barrera de acceso respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud según sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico en Lima 2017.

En este cuadro y figura se observa en el sexo femenino que el 56,79% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión disponibilidad, el 37,65% encuentra un nivel alto de barreras de disponibilidad y el 5,56% percibe un nivel bajo de barreras; dentro de las personas

con sexo masculino se observa lo siguiente, el 50% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 41,25% encuentra un nivel alto de barreras de acceso y el 8,75% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la disponibilidad.

Dimensión 2: accesibilidad

Tabla 12

Nivel de barreras de acceso con respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico en Lima 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
BAJO(0-2)	26	10,7
MODERADO(3-5)	175	72,4
ALTO(6-8)	41	16,9
Total	242	100,0

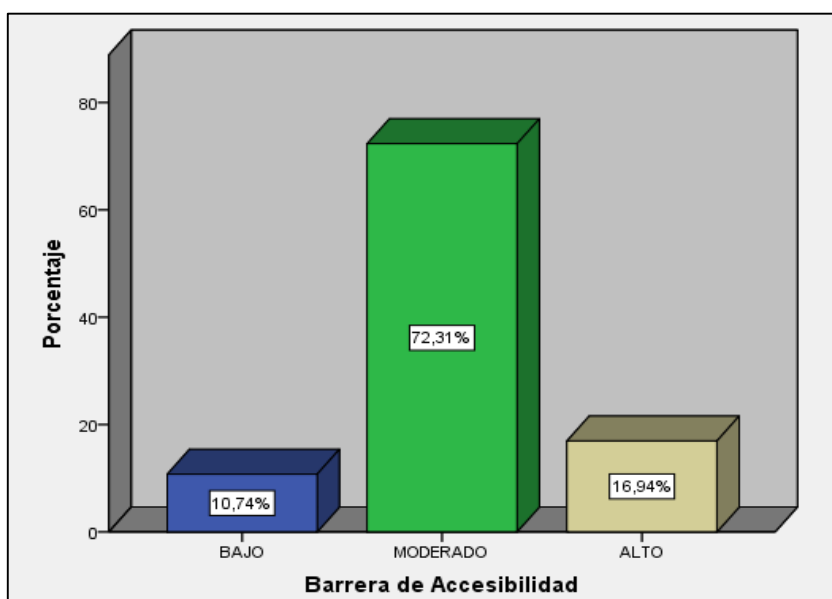


Figura 10 Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 12 y figura 9 se observa que un 72,31% de los estudiantes perciben un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión accesibilidad el 16,94% de los estudiantes perciben un nivel alto de

barreras de acceso con respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud, y un 10,74% manifiesta un nivel bajo de barreras de accesibilidad.

Tabla 13

Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico en Lima 2017.

Edades	de	BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Adolescencia	Recuento	26	93	18	137
(15-19 años)	% dentro de edad	19,0%	67,9%	13,1%	100,0%
Juventud	Recuento	0	82	23	105
(20–24 años)	% dentro de edad	0,0%	78,1%	21,9%	100,0%

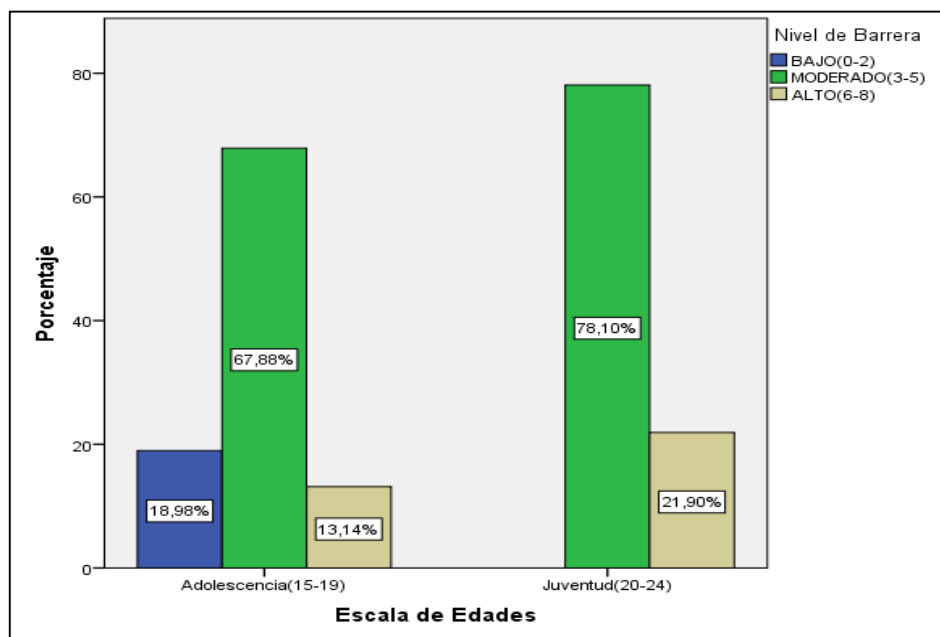


Figura 11 Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico en Lima 2017.

En la tabla 13 y figura 10 observamos la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud pero enfocadas solo desde el punto de vista de la accesibilidad, según escala de edades dividido en dos grupos conformado por

adolescentes y jóvenes, se puede observar que en el grupo de adolescentes comprendidos entre los 15 y 19 años, 67,88% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud respecto a la accesibilidad moderadas, 18.98% perciben un nivel de barreras de accesibilidad bajas y el 13.14% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 78,1% manifestaron un nivel de barreras de accesibilidad a los servicios de la salud moderadas y el 21.9% percibieron un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión disponibilidad.

Tabla 14

Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Distrito de residencia		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Comas	Recuento	22	126	36	184
	% dentro de distrito de residencia	12,0%	68,5%	19,6%	100,0%
Lima	Recuento	0	13	0	13
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Callao	Recuento	4	5	0	9
	% dentro de distrito de residencia	44,4%	55,6%	0,0%	100,0%
Los olivos	Recuento	0	6	0	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Carabayllo	Recuento	0	11	5	16
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	68,8%	31,3%	100,0%
Puente piedra	Recuento	0	6	0	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
San Martín de Porres	Recuento	0	8	0	8
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

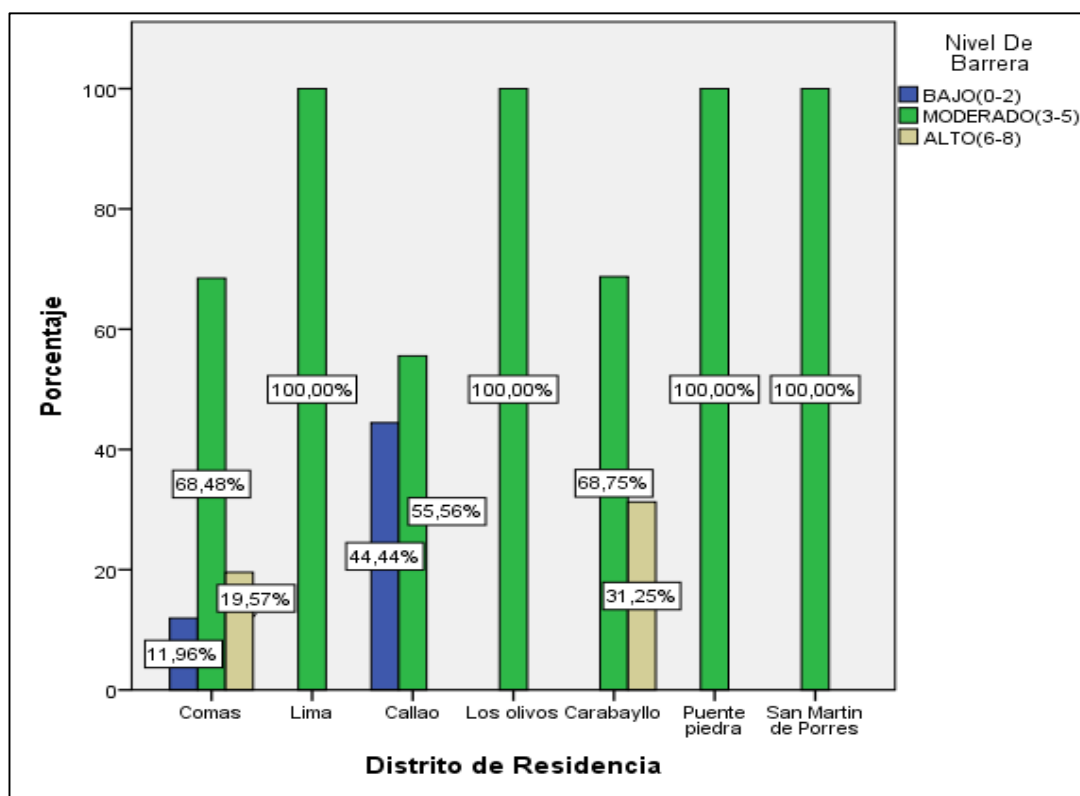


Figura 12 Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Se puede observar según la tabla 14 y figura 11 que de las personas que viven en Lima el 68,48% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión accesibilidad, el 19,57% perciben un alto nivel de barreras y el 11,96% encuentra un nivel bajo de barreras de accesibilidad; de las personas que residen en el distrito de Carabayllo el 68,75% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la accesibilidad y el 31,25% manifiesta un nivel alto de barreras de disponibilidad, de los estudiantes que viven en el distrito de Lima el 100% encuentra un moderado nivel de barreras de accesibilidad a los servicios de la salud; en el Callao el 55,56% de las personas que residen ahí encuentra un nivel moderado de barreras de acceso respecto a la accesibilidad y el 44,44% encuentra un bajo nivel de barreras de disponibilidad; en San Martin de Porres el 100% percibe un moderado nivel de barreras de disponibilidad; en el distrito de los olivos también el 100% percibe un nivel moderado de barreras de accesibilidad y por último en el distrito de Puente Piedra el 100% manifiesta un

nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la accesibilidad.

Tabla 15

Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

SEXO		BAJO	MODERADO	ALTO	TOTAL
Femenino	Recuento	20	116	26	162
	% dentro de sexo	12,3%	71,6%	16,0%	100,0%
Masculino	Recuento	6	59	15	80
	% dentro de sexo	7,5%	73,8%	18,8%	100,0%

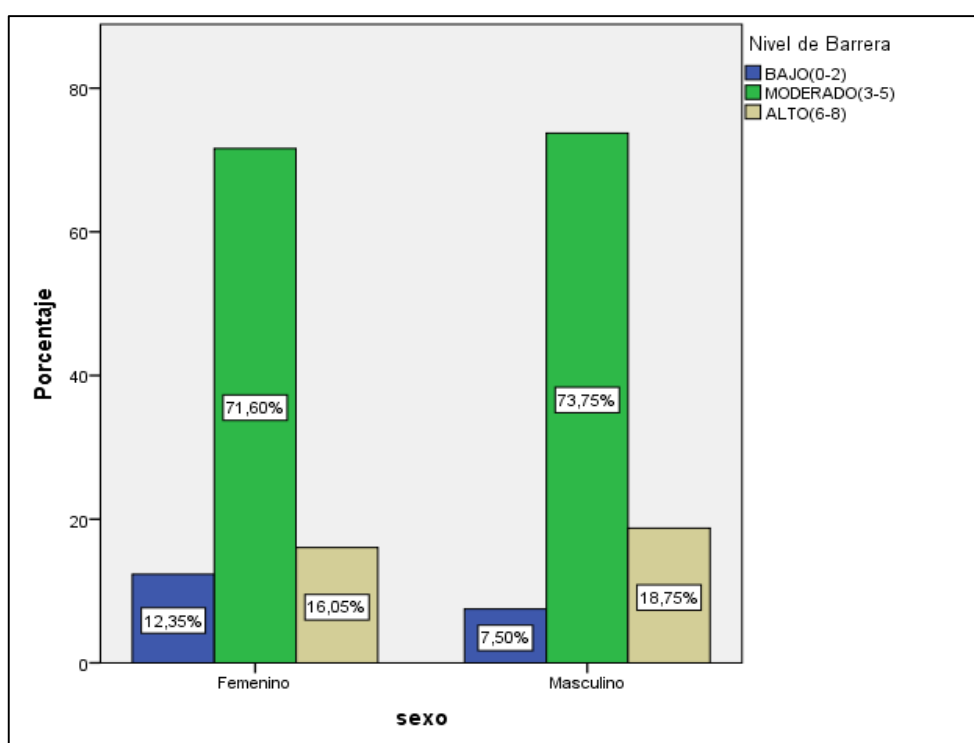


Figura 13 Nivel de barrera de acceso respecto a la accesibilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En este cuadro y figura se observa en el sexo femenino que el 71,6% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión accesibilidad, el 16,05% encuentra un nivel alto de barreras de accesibilidad y el 12,35% percibe un nivel bajo de barreras de accesibilidad;

dentro de las personas con sexo masculino se observa lo siguiente, el 73,75% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la accesibilidad, el 18,75% encuentra un nivel alto de barreras de acceso y el 7,5% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la accesibilidad.

Dimensión 3: aceptabilidad

Tabla 16

Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
BAJO(0 - 1)	93	38,4
MODERADO(2 - 3)	130	53,7
ALTO(4 - 5)	19	7,9
Total	242	100,0

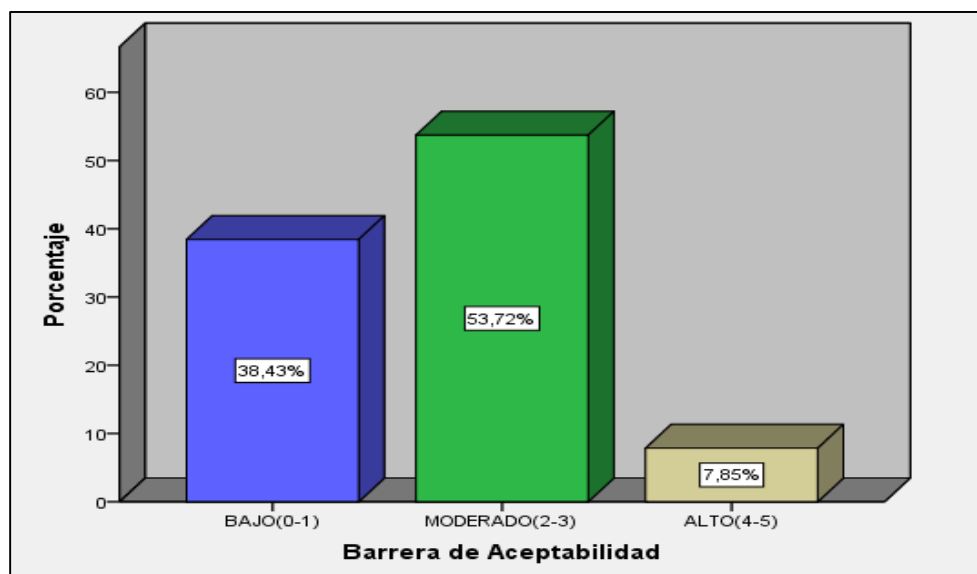


Figura 14 Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 16 y figura 12 se observa que el 53,72% de las personas manifiestan un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión aceptabilidad, el 38,43% de las personas perciben un nivel bajo de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud,

y un 7,85% un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la aceptabilidad.

Tabla 17

Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según la edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Escala de Edades		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Adolescencia (15-19 años)	Recuento	55	77	5	137
	% dentro de edad	40,1%	56,2%	3,6%	100,0%
Juventud (20-24 años)	Recuento	38	53	14	105
	% dentro de edad	36,2%	50,5%	13,3%	100,0%

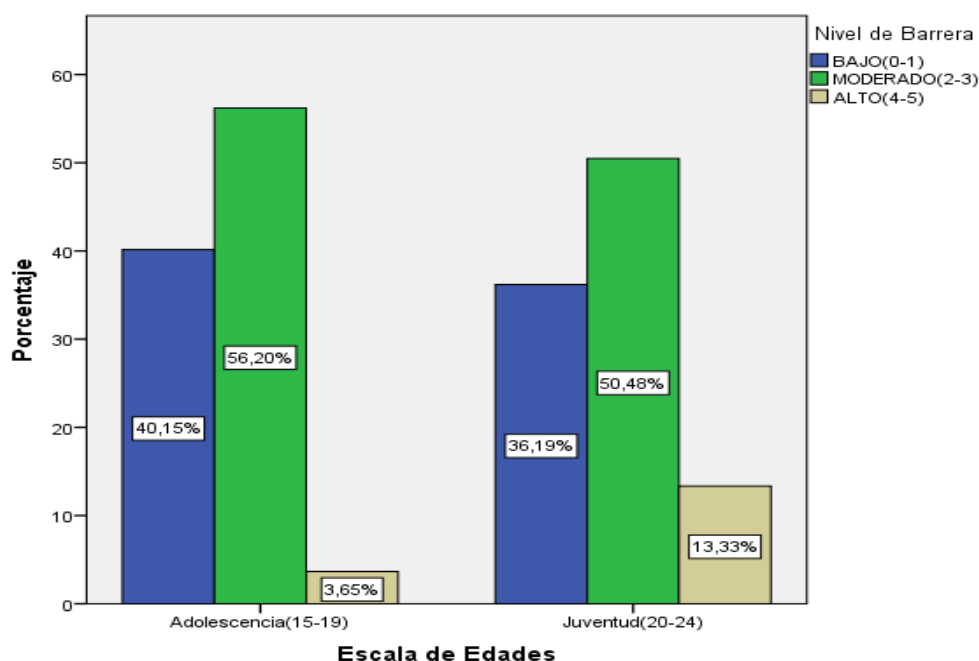


Figura 15 Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según la edad en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 17 y figura 14 observamos la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud pero enfocadas solo desde el punto de vista de la aceptabilidad, según escala de edades dividido en dos grupos conformado por adolescentes y jóvenes, se puede observar que en el grupo de adolescentes

comprendidos entre los 15 y 19 años, 56,2% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud respecto a la aceptabilidad moderadas, 40.15% perciben un nivel de barreras de aceptabilidad bajas y el 3.65% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 50,48% manifestaron un nivel de barreras de aceptabilidad a los servicios de la salud moderadas y el 36,19% percibieron un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión aceptabilidad y el 13,33% perciben un nivel alto de barreras de aceptabilidad.

Tabla 18

Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Distrito de residencia		BAJO (0 - 1)	MODERADO (2 - 3)	ALTO (4 - 5)	Total
Comas	Recuento	64	106	14	184
	% dentro de distrito de residencia	34,8%	57,6%	7,6%	100,0%
Lima	Recuento	3	10	0	13
	% dentro de distrito de residencia	23,1%	76,9%	0,0%	100,0%
Callao	Recuento	9	0	0	9
	% dentro de distrito de residencia	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Los olivos	Recuento	6	0	0	6
	% dentro de distrito de residencia	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Carabayllo	Recuento	5	6	5	16
	% dentro de distrito de residencia	31,3%	37,5%	31,3%	100,0%
Puente pedra	Recuento	0	6	0	6
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
San Martín de Porres	Recuento	6	2	0	8
	% dentro de distrito de residencia	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%

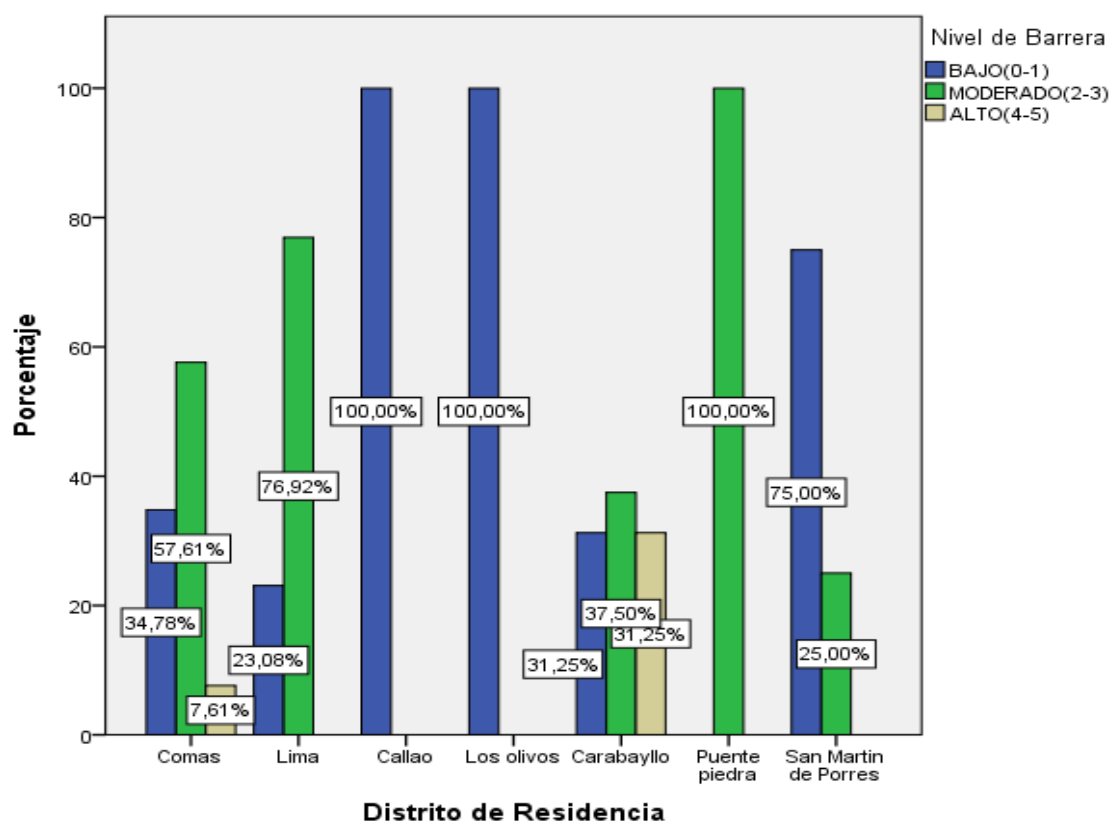


Figura 16 Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el distrito de residencia en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Se puede observar según la tabla 17 y figura 14 que de las personas que viven en Lima el 57,61% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión aceptabilidad, el 34,78% perciben un bajo nivel de barreras y el 7,61% encuentra un nivel alto de barreras de aceptabilidad; de las personas que residen en el distrito de Carabaylo el 37,50% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la aceptabilidad y el 31,25% manifiesta un nivel alto y también el mismo porcentaje percibe un nivel bajo de de barreras de aceptabilidad, de los estudiantes que viven en el distrito de Lima el 76,92% encuentra un moderado nivel de barreras de aceptabilidad a los servicios de la salud y un 23,08% percibe un nivel bajo de barreras de aceptabilidad; en el Callao el 100% de las personas que residen ahí encuentra un nivel bajo de barreras de aceptabilidad; en San Martín de Porres el 75% percibe un bajo nivel de barreras de aceptabilidad y el 25 % percibe un nivel moderado de barreras de

aceptabilidad; en el distrito de los olivos el 100% percibe un nivel bajo de barreras de aceptabilidad y por último en el distrito de Puente Piedra el 100% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la aceptabilidad.

Tabla 19

Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

SEXO		BAJO	MODERADO	ALTO	TOTAL
Femenino	Recuento	66	84	12	162
	% dentro de sexo	40,7%	51,9%	7,4%	100,0%
Masculino	Recuento	27	46	7	80
	% dentro de sexo	33,8%	57,5%	8,8%	100,0%

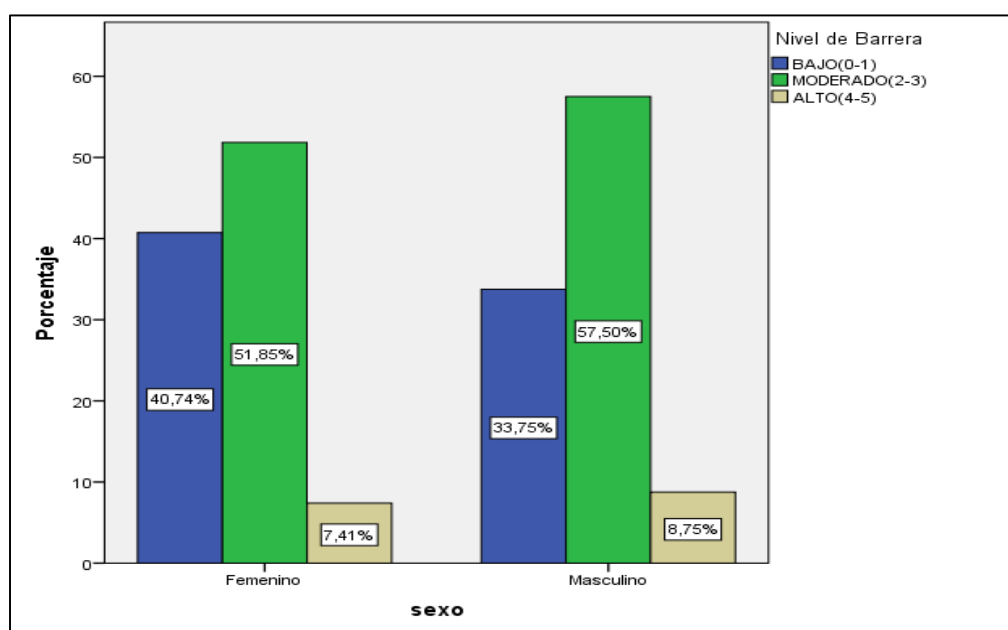


Figura 17 Nivel de barreras de acceso con respecto a la aceptabilidad de los servicios de la salud según el sexo en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En este cuadro y figura se observa en el sexo femenino que el 51,85% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión aceptabilidad, el 40,74% encuentra un nivel bajo de barreras de

aceptabilidad y el 7,41% percibe un nivel alto de barreras de aceptabilidad; dentro de las personas con sexo masculino se observa lo siguiente, el 57,5% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la aceptabilidad, el 33,75% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 8,75% encuentra un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la aceptabilidad.

Dimensión 4: contacto con el servicio

Tabla 20

Nivel de barreras de acceso con respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
BAJO(0-2)	58	24,0
MODERADO(3-5)	136	56,2
ALTO(6-8)	48	19,8
Total	242	100,0

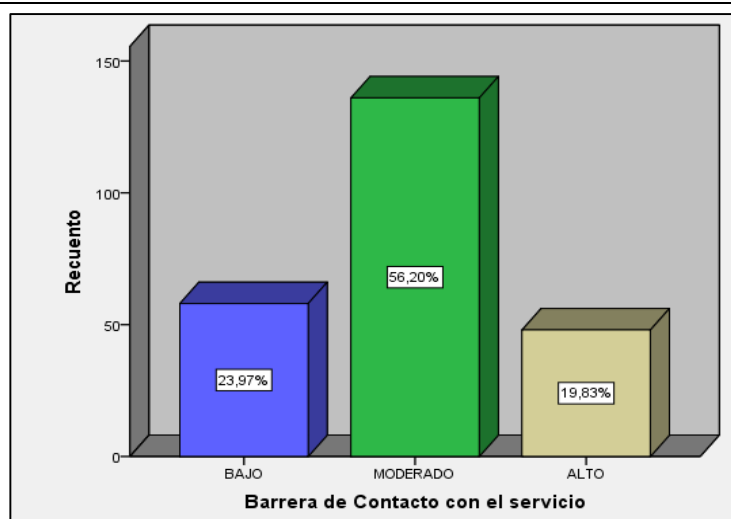


Figura 18 Nivel de barreras de acceso con respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 20 y figura 17 se observa que el 56,2% de las personas perciben un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión contacto con el servicio, el 23,97% de las personas perciben un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto al contacto con el servicio, y un 19,83% perciben un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto al contacto con el servicio.

Tabla 21

Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según la edad en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Escala de Edades		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Adolescencia (15-19 años)	Recuento	49	68	20	137
	% dentro de edad	35,8%	49,6%	14,6%	100,0%
Juventud (20 – 24 años)	Recuento	9	68	28	105
	% dentro de edad	8,6%	64,8%	26,7%	100,0%

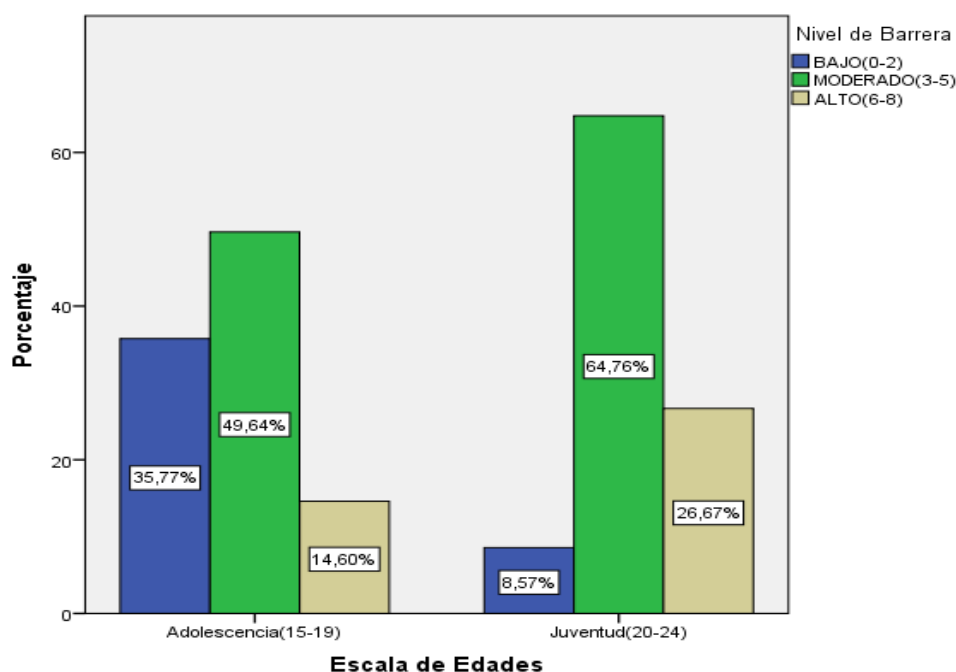


Figura 19 Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según la edad en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En la tabla 21 y figura 18 observamos la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud pero enfocadas solo desde el punto de vista del contacto con el servicio, según escala de edades dividido en dos grupos conformado por adolescentes y jóvenes, se puede observar que en el grupo de adolescentes comprendidos entre los 15 y 19 años, 49,64% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud respecto al contacto con el servicio moderadas, 35,77% perciben un nivel de barreras de contacto con el servicio

bajas y el 14,6% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 64,76% manifestaron un nivel de barreras de contacto con el servicio moderadas y el 26,67% percibieron un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión contacto con el servicio y el 8,57% perciben un nivel bajo de barreras de contacto con el servicio.

Tabla 22

Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su distrito de residencia en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017

Distrito de residencia		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
Comas	Recuento	40	107	37	184
	% dentro de distrito de residencia	21,7%	58,2%	20,1%	100,0%
Lima	Recuento	6	7	0	13
	% dentro de distrito de residencia	46,2%	53,8%	0,0%	100,0%
Callao	Recuento	4	5	0	9
	% dentro de distrito de residencia	44,4%	55,6%	0,0%	100,0%
Los olivos	Recuento	3	0	3	6
	% dentro de distrito de residencia	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Carabayllo	Recuento	2	6	8	16
	% dentro de distrito de residencia	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
Puente piedra	Recuento	3	3	0	6
	% dentro de distrito de residencia	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
San Martín de Porres	Recuento	0	8	0	8
	% dentro de distrito de residencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

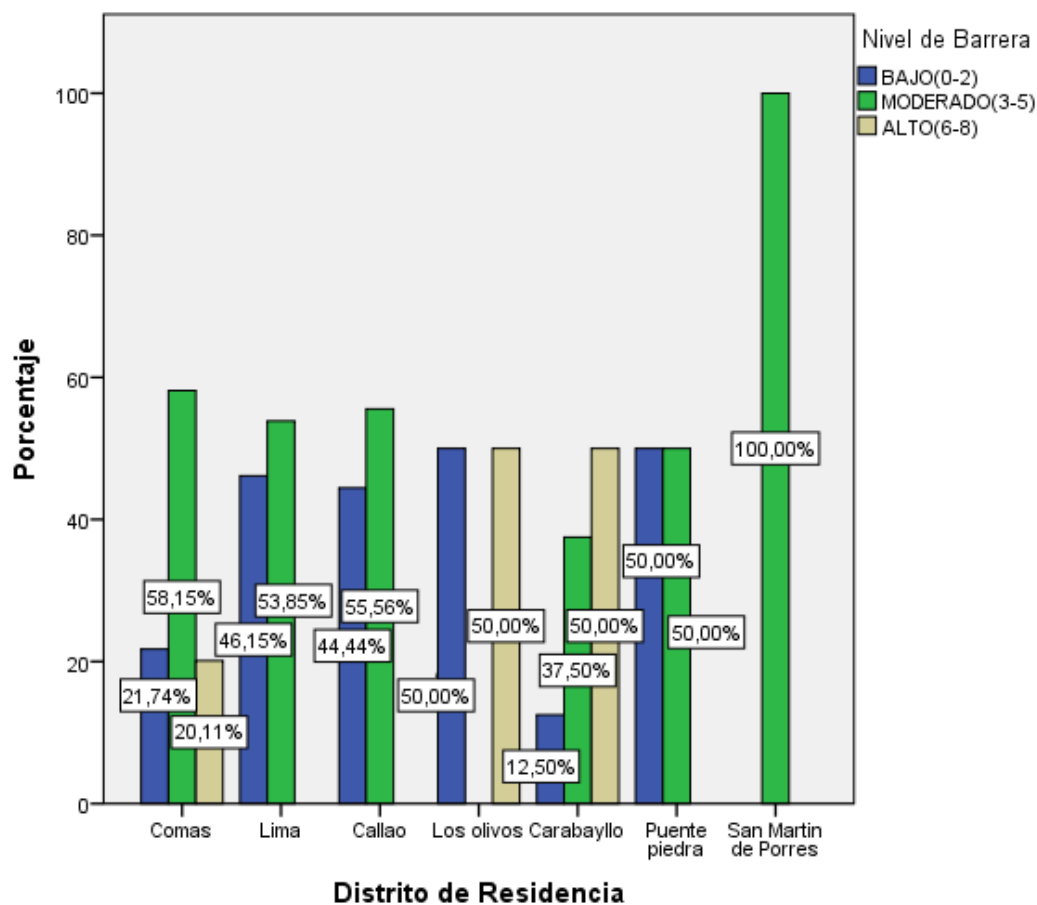


Figura 20 Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su distrito de residencia en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

Se puede observar según la tabla 22 y figura 19 que de las personas que viven en Lima el 58,15% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión contacto con el servicio, el 21,74% perciben un bajo nivel de barreras y el 20,11% encuentra un nivel alto de barreras de contacto con el servicio; de las personas que residen en el distrito de Carabayllo el 50% percibe un alto nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto al contacto con el servicio, el 37,5% manifiesta un nivel moderado de barreras de contacto con el servicio y el 12,5% percibe un nivel bajo de barreras de contacto con el servicio, de los estudiantes que viven en el distrito de Lima el 53,85% encuentra un moderado nivel de barreras de contacto

con el servicio y un 46,15% percibe un nivel bajo de barreras de contacto con el servicio; en el Callao el 55,56% de las personas que residen ahí encuentra un nivel moderado de barreras de contacto con el servicio y el 44,44% perciben un nivel bajo de barreras; en San Martín de Porres el 100% percibe un moderado nivel de barreras de contacto con el servicio; en el distrito de los Olivos el 50% percibe un nivel bajo de barreras de contacto con el servicio y el otro 50% los percibe bajo y por último en el distrito de Puente Piedra el 50% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto al contacto con el servicio y el otro 50% percibe un nivel bajo de barreras.

Tabla 23

Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su sexo en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

SEXO		BAJO	MODERADO	ALTO	TOTAL
Femenino	Recuento	44	88	30	162
	% dentro de sexo	27,2%	54,3%	18,5%	100,0%
Masculino	Recuento	14	48	18	80
	% dentro de sexo	17,5%	60,0%	22,5%	100,0%

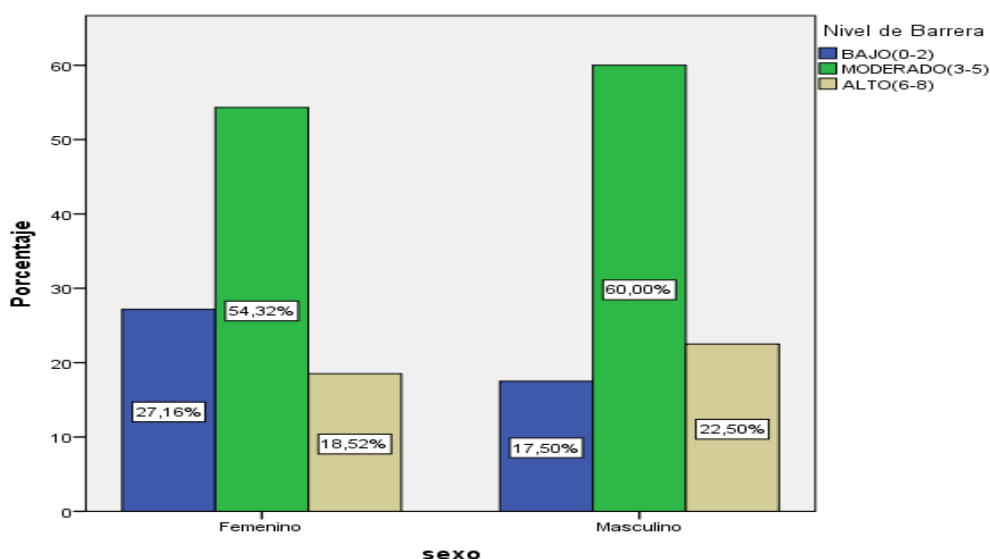


Figura 21 Nivel de barreras de acceso respecto al contacto con los servicios de la salud en estudiantes según su sexo en un instituto superior tecnológico público en Lima 2017.

En este cuadro y figura se observa en el sexo femenino que el 54,32% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión contacto con el servicio, el 27,16% encuentra un nivel bajo de barreras de contacto con el servicio y el 18,52% percibe un nivel alto de barreras de contacto con el servicio; dentro de las personas con sexo masculino se observa lo siguiente, el 60% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto al contacto con el servicio, el 22,5% encuentra un nivel alto de barreras de acceso y el 17,5% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto al contacto con el servicio.

IV. Discusiones

De las 4 barreras estudiadas la disponibilidad presento el nivel más alto de barrera, seguida por la accesibilidad, luego el contacto con el servicio y la que menos nivel de rechazo tuvo fue la aceptabilidad, ya que el 38,4% manifestaron un nivel bajo de barreras, estos resultados coinciden con otros estudios, ya que en su mayoría evidencia que las barreras como la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad son las que más nivel de barrera tienen, estos resultados encontraron concordancia con los datos obtenidos por Hernández y Tavera (2014) quienes en su estudio Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud (IPS) encontraron que el 76.1% de sus encuestados considera que la infraestructura del servicio dental es incompleta.

Por otro lado cabe mencionar que nuestro resultado anteriormente mencionado no es concordante a lo encontrado por Hirmas, *et al.* (2013), quienes en su estudio Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud que tenía por objetivo identificar barreras y facilitadores al servicio de salud, para lo cual hicieron una recopilación de 19 estudios en países desarrollados como Canadá, Estados Unidos, México, Guatemala, Nicaragua, Zambia y Chile obtuvieron como resultado que la mayor proporción de barreras correspondieron a la dimensión aceptabilidad, esto podría explicarse porque esta investigación fue desarrollada en países con un contexto distinto al nuestros en donde probablemente ya haya una mejor disponibilidad de los recursos físicos aunque ellos mencionan que la disponibilidad no presentó mayor barrera porque estos estudios habían sido realizado mayormente en usuarios y añade además que si los estudios hubieran sido analizadas en los equipos de salud es decir en el personal de salud si hubieran identificado con mayor frecuencia barreras relacionadas a la disponibilidad. También encontramos concordancia con el análisis de la situación de salud (ASIS 2013) ya que tanto la accesibilidad y la disponibilidad son barreras que requieren atención, convirtiéndose poco a poco la barrera de contacto con el servicio en una barrera que va en aumento a medida que pasa el tiempo, esto también lo manifiesta el ASIS de la red Túpac Amaru (2015) ya que pone como su principal barrera a la accesibilidad debido a la dispersión poblacional, también manifiesta que la disponibilidad también es una barrera ya que según la OMS para cubrir la demanda de salud deberían haber 1º médicos x 10 mil habitantes y

lo que informan en esta red es que hay 2 x 10 mil habitantes (ASIS Tupac Amaru 2015 pag 51)

En esta investigación se evidencio también que de los estudiantes encuestados el 69% consideraron las barreras de acceso a los servicios de la salud con nivel moderado, el 18,6% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud a nivel bajo y el 12,4% a un nivel de alto, por lo tanto los estudiantes consideraron que las barreras para acceder al servicio de salud están presente en nuestra realidad, sobre todo las barreras que guardan relación con el acceso a la salud propuesto en este trabajo ya que para que una persona tenga cobertura, es decir, pueda acceder a los servicios de salud, se debe evaluar lo siguiente: la proporción entre la población objetivo que puede recibir el servicio o la capacidad del servicio o cobertura potencial con el número de personas que han recibido el servicio, todo esto para poder establecer o expresar el rendimiento real del servicio, para llegar a esto es que se evaluaron en los estudiantes las etapas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio, y en cada etapa mencionada se encontraron limitantes o barreras para acceder a los servicios de salud, tal es así que el 81.4% tiene tendencia a percibir barreras de acceso a los servicios de la salud, lo cual quiere decir que no se está dando una atención eficaz en este gran porcentaje de personas ya que solo el 12.4% percibe el sistema de salud como eficaz .

En cuanto a la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud según las edades, a todos los encuestados los clasificamos en 2 grupos, uno de adolescentes que fueron estudiantes comprendidos entre los 15 y 19 años y otro de jóvenes que están comprendidos entre los 20 y 24 años, para hacer esta escala de edades se tomo como fuente la clasificación que hace la OMS en el documento llamado La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad(OMS 2000, pag. 18-20), se puede observar que en el grupo de adolescentes, 60,58% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, 30.66% perciben un nivel de barreras de acceso bajas y 10.3% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud se observa que 80% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, el 17.14% percibieron

un nivel de barreras de acceso altas y 2,86% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, se observa que hay diferencia entre los adolescentes y los jóvenes que encontraron barreras de nivel bajo ya que los 10,3% de los adolescentes contra un 2,86% de los jóvenes esta diferencia puede deberse a que los estudiantes mas jóvenes recién están haciendo uso del sistema de salud y que además todavía no tienen una percepción exacta acerca de las barreras de acceso porque en muchos casos aun son dependientes de los padres de familia y son estos quienes se enfrentan a las barreras del sistema de salud. Se observa que en cuanto al distrito de residencia de las personas que viven en Lima el 65,22% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud, 21,2% perciben un bajo nivel de barreras y el 13,6% encuentra un nivel alto de barreras; de las personas que residen en el distrito de Carabayllo el 56,25% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 31,25% manifiesta un nivel alto de barreras de acceso y el 12,5% encuentra un bajo nivel de barreras de acceso, de los estudiantes que viven en el distrito de Lima el 100% encuentra un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud; en el Callao el 55,56% de las personas que residen ahí encuentra un nivel moderado de barreras de acceso y el 44,4% encuentra un bajo nivel de barreras; en San Martín de Porres el 100% percibe un moderado nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud y esto también se observa en los distritos de Los Olivos y Puente Piedra, esos resultados concuerdan con el ASIS de la red Tupac Amaru(2013) a excepción del Callao que es el lugar que mas porcentaje de barreras de acceso a nivel bajo tiene, en cuanto al análisis según sexo se observa en el sexo femenino que el 68,52% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 20,37% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 11,11% percibe un nivel alto de barreras; dentro de las personas con sexo masculino se observa lo siguiente, el 70% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 15% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 15% también encuentra un nivel alto de barreras no encontrándose mayores diferencias en cuanto a la percepción de barreras que tanto hombres como mujeres perciben.

Analizando mas a fondo la disponibilidad de los servicios de la salud, en este estudio se encontró que en las barreras de disponibilidad el 38.8% de las personas perciben un nivel alto de barreras de acceso con respecto a la disponibilidad de los servicios de la salud, un 54,5% de los usuarios un nivel moderado de barreras y un 6.6% un nivel bajo de barreras; esto nos hace percibir que un 93.4% de los estudiantes encuestados no esta conforme con el servicio que brindan los respectivos centros de salud, ya que solo el 6.6% percibe el sistema de salud como disponible, esto concuerda con el estudio de Campo, Oviedo y Herazo (2014) que realizaron el estudio llamado Barreras de acceso a servicios en salud mental observaron el estigma como barrera para el acceso a los servicios de salud mental y concluyeron que se necesita un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos para promover el conocimiento sobre los trastornos mentales, es decir mas información de parte de los centros de salud para favorecer la rehabilitación psicosocial en comunidad y la inclusión social y laboral, lo cual pertenece a la dimensión de disponibilidad. En cuanto a las barreras de acceso de disponibilidad según escala de edades dividido en dos grupos conformado por adolescentes y jóvenes, se puede observar que en el grupo de adolescentes comprendidos entre los 15 y 19 años, 61,31% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, 27.01% perciben un nivel de barreras de acceso altas y el 11.68% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 54,29% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas y el 45.71% percibieron un nivel de barreras de acceso altas y 2,86% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, una vez mas se observa las diferencias entre quienes perciben un nivel bajo de barreras, ya que los 11,68% de adolescentes manifiestan un nivel de barreras bajo mientras que solo un 2,86% lo manifiesta en los adolescentes, lo que contrasta con el ASIS de la Red Tupac Amaru (2013) que en cuestión a disponibilidad menciona que la cantidad de profesionales de salud que debería haber es bastante baja, además que solo posee establecimientos de nivel 1 y de todos estos nada mas el 60% cuenta con servicios de laboratorio y solo el 14 % cuenta con servicio de rayos x además la mayoría tiene estructura antigua y

espacios reducidos.(ASIS red Túpac Amaru 2013p.p. 52-53). En lo que respecta a los hallazgos por sexo en este estudio se puede apreciar que el sexo femenino representa al 66,9 % y que solo 5,5% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso de disponibilidad, el 94,5% encuentra un nivel moderado y alto de barreras; el sexo masculino representa al 33,1% de las personas y de este porcentaje el 8,8% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso, el 91,2% encuentra un nivel moderado y alto de barreras según esto se puede concluir que en hombres y mujeres no hay mayor diferencia de como perciben los servicios de salud, ya que en ambos un bajísimo porcentaje percibe un nivel bajo de barreras esto contrasta también con el porcentaje hallado solo en el nivel bajo de barreras ya que dentro de este grupo el 56,3 % son de sexo femenino y el sexo masculino representa el 43,8%.

En cuanto a la dimensión accesibilidad diversos autores concuerdan con lo encontrado como con el estudio de Virquez (2016) llamado Barreras y facilitadores a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva de la localidad de Usaquén y concluyeron que una de las principales barreras son las fechas y los horarios citas que son extensas además de los tramites que hay que realizar para conseguirlas, lo cual hace ver que la accesibilidad del servicio es una de las principales barreras, al respecto Hirmas, *et al.* (2013) también encontraron que las barreras más frecuentes están relacionadas con los costos por consultas, medicinas, etc.

En esta dimensión se encontró que el 16,9% de las personas perciben un nivel alto de barreras de accesibilidad de los servicios de la salud, un 72,4% de los usuarios un nivel moderado de barreras y un 10,7% un nivel bajo de barreras; esto quiere decir que solo el 10,7% percibe como accesible los servicios de salud que se les brindan, el resto, es decir, el 89,3% perciben barreras de acceso a los servicios de la salud en cuestiona a la accesibilidad, además según las edades lo que se encontró fue que ese 16,9% que perciben un nivel bajo de barreras, dicho en otras palabras, que percibe al sistema de salud como accesible, solo esta conformado por personas entre los 17 a 19 años, las personas entre 20 y 23 años en ningún caso percibieron o manifestaron barreras bajas, todas manifiestan barreras moderadas y altas, como se dijo anteriormente esto puede deberse a que las personas mas jóvenes aun no se desencantan de los servicios de la salud

que ofrece el sistema. Como se dijo la mayor cantidad de encuestados reside en el distrito de Lima, esto equivale al 76% además, por ser un instituto de educación publica el lugar donde se realizo el estudio y que pertenece al cono norte, pues las personas encuestadas en su casi totalidad pertenecen a un lugar de residencia rural y como dice el ASIS de la red Túpac Amaru (2015 p. 91) El área de residencia de una persona, no solo define un contexto cultural específico, sino además está relacionado a la facilidad o dificultad de acceso a los diferentes servicios, sobre todo de salud y educación, por lo tanto esto contrasta a los hallazgos ya mencionados. Según el sexo de las personas encuestadas, apreciar que el sexo femenino representa al 66,9 % de las personas y de este porcentaje el 12,3% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso, el 87,7% encuentra un nivel moderado y alto de barreras; el sexo masculino representa al 33,1% de las personas y de este porcentaje el 7,5% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso, el 82,5% encuentra un nivel moderado y alto de barreras, observándose una vez mas que no hay mayor diferencia entre los sexos al momento de opinar sobre la accesibilidad de los servicios de la salud, ya que ambos manifiestan un bajo porcentaje en cuando a la accesibilidad de los servicios de la salud. En cuanto a las escalas de edad para esta dimensión de accesibilidad que en el grupo de adolescentes el 67,88% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud respecto a la accesibilidad moderadas, 18.98% perciben un nivel de barreras de accesibilidad bajas y el 13.14% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud se observa que 78,1% manifestaron un nivel de barreras de accesibilidad a los servicios de la salud moderadas y el 21.9% percibieron un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión accesibilidad, se mantiene la tendencia en cuanto a la diferencia entre ambos grupos pero esta vez la diferencia es mas marcada ya que hay un 18,98% de adolescentes que perciben un nivel bajo de barreras, pero en el lado de los estudiantes que están en la etapa de la juventud hay 0%.

Ahora pasaremos a hablar de la aceptabilidad tenemos que la aceptabilidad sociocultural depende casi exclusivamente de las percepciones, creencias, valores, conocimiento, etc. del usuario, lo que se encontró fue que el

38,4% de los usuarios consideraron la aceptabilidad a un nivel bajo y el 61,6% las percibieron a un nivel moderado y alto siendo esta la dimensión que menos barreras perciben las personas encuestadas, en cambio Hirmas, *et al.* (2013) obtuvieron como principal barrera la aceptabilidad la cual estaba relacionada principalmente a presentar temor o vergüenza a atenderse, esto puede deberse tal vez a que la realidad de nuestro país es distinta y el conformismo hace que las personas con lo poco que ofrece el servicio al ser ya atendidas, sin importar como, se consideran ya bien servidas,

Lo que observamos en la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la aceptabilidad según la escala de edades, observamos la distribución de barreras de acceso a los servicios de la salud pero enfocadas solo desde el punto de vista de la aceptabilidad, se puede observar que en el grupo de adolescentes comprendidos que un 56,2% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud respecto a la aceptabilidad moderadas, 40.15% perciben un nivel de barreras de aceptabilidad bajas y el 3.65% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud se observa que 50,48% manifestaron un nivel de barreras de aceptabilidad a los servicios de la salud moderadas y el 36,19% percibieron un nivel bajo de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión aceptabilidad y el 13,33% perciben un nivel alto de barreras de aceptabilidad, se puede observar que la diferencia entre ambos grupos básicamente radica en el nivel alto, ya que en el caso de los adolescentes manifestaron solo el 3,65% un nivel alto de barreras de aceptabilidad, a diferencia que en los jóvenes que hay un 13,33% de total inconformidad con la aceptación de los servicios, esto puede deberse a que en este contexto la mayoría de jóvenes ya solventa sus gastos y por lo tanto ya plantean cierto nivel de exigencia cuando se es da un servicio. Como se sabe la mayor cantidad de personas reside en el distrito de Lima, esto equivale de ellos el 34,8% encuentra un bajo nivel de barreras, el 57,6% encuentra un moderado nivel de barreras y solo el 7,6% encuentra un nivel alto de barreras; si bien en esta dimensión son mas las barreras de nivel alto y moderado, al haber mayor porcentaje de barreras bajas, se podría decir que la aceptabilidad de los servicios esta mejor percibida por las personas que hacen uso de estos, en lo que respecta al sexo se puede apreciar

que en el sexo femenino el 40,7% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso, mientras que en el sexo masculino el 33,8% percibe este nivel bajo, en cuanto al nivel moderado el 51,9% de las mujeres lo percibe así y el 57,5 de los hombres perciben este nivel moderado, en lo que respecta al nivel alto 7,4% de mujeres esta aquí y el 8,8% de varones pertenece a este grupo una vez mas no se encuentra grandes diferencias entre las personas de diferente sexo.

Hernández y Tavera (2014) también encontraron a la aceptabilidad como barreras en su estudio sobre Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014 encontraron que los pacientes consideran de mala calidad el servicio prestado y dentro de sus barreras mas frecuentes estaban la percepción de calidad del servicio, creencias, miedo a las agujas, instrumentos rotatorio, procedimientos quirúrgicos, vergüenza a mostrar la cavidad bucal, Campo, Oviedo y Herazo (2014) también encontraron estas barreras en su estudio titulado “Barrera de acceso a servicios en salud mental” en Bogotá, en sus resultados observaron que el estigma como barrera para el acceso a los servicios de salud mental se ve evidenciado con la reducción de solicitudes para la atención, el proceso sistemático de pauperización de las personas que lo padecen, el incremento del riesgo de implicaciones en delitos y el contacto con el sistema legal y en invisibilización de la vulnerabilidad de estas personas, .

Respecto al contacto con el servicio, se observa que el 19,8% de las personas perciben un nivel alto de barreras de acceso con respecto al contacto con el servicio de la salud, un 56,2% de las personas un nivel moderado de barreras y un 24% un nivel bajo de barreras; lo cual nos indica que el 76% tiene tendencia a percibir barreras de acceso respecto al contacto con el servicio de salud, lo cual quiere decir que las personas no perciben un buen contacto con el servicio que se les brinda al momento que acuden a su atención, observamos que en cuanto a las barreras según las escala de edades en los adolescentes 49,64% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud respecto al contacto con el servicio moderadas, 35,77% perciben un nivel de barreras de contacto con el servicio bajas y el 14,6% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud se

observa que 64,76% manifestaron un nivel de barreras de contacto con el servicio moderadas y el 26,67% percibieron un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de la salud con respecto a la dimensión contacto con el servicio y el 8,57% perciben un nivel bajo de barreras de contacto con el servicio, aquí se observa que hay una contraposición entre los dos grupos sobre todo en las de nivel bajo y de nivel alto, mientras que los adolescentes encuentran mayor porcentaje de barreras bajas que los jóvenes, los jóvenes encuentran mayor porcentaje de barreras altas que los adolescentes, todo esto posiblemente por la razón que ya se explico, que a medida que avanza la edad el nivel de exigencia en un ser humano aumenta.

Se puede observar de las personas que reside en el distrito de Lima, que son la mayoría, el 21,7% encuentra un bajo nivel de barreras, mientras que el 58,2% encuentra un moderado nivel de barreras y el 20,1% encuentra un nivel alto de barreras; lo que marca la tendencia de la población total ya que contrasta claramente con el resultado final, en cuanto a las proporciones según el sexo de las personas, se puede apreciar que del total del sexo femenino el 27,2% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso mientras que en el sexo masculino el 17,5% se encuentra en este nivel, en este caso si se puede observar que hay una diferencia de 10% entre hombres y mujeres, en cuanto al nivel alto de barreras del total de mujeres se puede observar que el 18,5% manifiesta un nivel alto de barreras y del total de hombres el 22,5% manifiesta barreras de nivel alto, no habiendo mayores diferencias en este nivel entre hombres y mujeres. Al respecto Virguez (2016) añade que “los jóvenes tienden a sentir bienestar y a dejar los tratamientos y no volver a consultar. El hecho de desconocer su enfermedad o situación de salud limita el acceso a los servicios de salud tanto resolutivos como de prevención y promoción” (p.98); esto al parecer es lo que se viene dando para los usuarios del presente estudio pues vemos la falta de continuidad a pesar de que si confían en la atención recibida por el odontólogo del centro. García, Chenguayen y Mormontoy (2010) quienes como se señalo reportaron que la mayor insatisfacción se debe al maltrato por parte de los prestadores de salud, incluso re Hernández y Tavera reportaron que el 8.3% de los encuestados no asistía a la consulta dental por malos trato.

Finalmente como lo señala el Minsa (ASIS 2012), para lograr el acceso a

los servicios de salud debe haber una plena satisfacción al acudir en búsqueda de atención por una necesidad percibida y se debe de tomar en cuenta las múltiples barreras que se presenta en dicha interacción.

Asimismo como lo plantea la Organización Mundial de la salud (2014) los Centros de salud pública deben tener como principal objetivo y aspiración el logro del acceso universal que garantice el cumplimiento de la Cobertura Universal de la Salud, eliminando o reduciendo las barreras no solo las económicas, geográficas y las de carácter administrativas sino también las barreras socioculturales.

V. Conclusiones

- Primera. El nivel de barreras de acceso percibido por los estudiantes de un instituto de educación superior tecnológico publico de Lima es moderado (69.01%), asimismo la accesibilidad podría ser considerada como la principal barrera de acceso por tener el mayor porcentaje dentro de los niveles más altos en las 4 dimensiones (38,84%).
- Segunda. El nivel de barreras de acceso en cuanto a disponibilidad es alto en un 38,84% y a un nivel moderado 54,55% lo cual podría considerarse como barrera, asimismo se encontró dentro de esta dimensión que el 82,2% de los usuarios percibieron que los recursos físicos, como la cantidad de consultorios, son barreras de acceso, además el 79,3% de los estudiantes manifestó que los recursos humanos también eran barreras de acceso en cuanto a la disponibilidad.
- Tercera. El nivel de barreras de accesibilidad es considerado alto en un 19,94% y considerado moderado en 72,31%, sin embargo tiene tendencia a ser barrera; asimismo se encontró que el 88% de los estudiantes manifestaron que se atiende mas personas de las que se debería atender por lo tanto percibieron barreras de accesibilidad físicas, el 85% manifestó que asistiría mas seguido si los tramites fueran mas rápidos por lo tanto encontramos barreras de accesibilidad organizacional, en cuanto a la accesibilidad financiera el 40.9% consideraron que sus ingresos no eran suficientes para cubrir su accesibilidad al servicio de salud.
- Cuarta. El nivel de barreras de aceptabilidad es moderada con tendencia a bajo ya que de las demás barreras esta fue la que mas porcentaje obtuvo en nivel bajo con un 38,43% ya que el 53.72% lo manifestó así, lo mas llamativo aquí fue la barrera de aceptabilidad sociocultural ya que el mayor porcentaje (64,5%) manifestó que tenia vergüenza o temor de atenderse, mientras que el 52,9% manifestó temor al dolor ante alguna prueba, en lo que no manifestaron temor fue al contagio de enfermedades ya que solo el 17% manifestó esto como barreras.

Quinta. El nivel de barrera de contacto con el servicio podría considerarse como barrera moderada es moderado porque el 56,2% lo considera así, además hay un 19,8% que lo considera alto; asimismo se encontró que el 86.8% de los estudiantes manifestaron que dejan de seguir el tratamiento si ya se sienten mejor a pesar que el medico les hay indicado terminarlo, pero por otro lado solo el 21,5% manifestó que descontinuo algún tratamiento porque tenia dificultad para ingerir los medicamentos.

VI. Recomendaciones

- Primera. Realizar un trabajo de investigación cuantitativo a través de una encuesta para determinar las barreras de acceso percibidas, de parte de la DIRIS Túpac Amaru, por los estudiantes que forman parte de la institución porque a pesar de estar recibiendo educación superior todavía se encuentran algunos estigmas sociales.
- Segunda. Aprovechar mejor, por parte de los centros de salud, los pocos recursos que poseen haciendo este tipo de encuestas, lo mas saltante aquí es que se debe ampliar el horario de atención, realizar campañas informativas, reestructurar los programas de promoción y prevención en salud para que sean más efectivos, se debe contar con el apoyo de todo el personal para las promociones de salud dentro de los centros educativos, haciendo más publicidad fuera de los del servicio y dentro de ellos ya que muchas veces los estudiantes ni siquiera conocen donde queda el centro de salud mas cercano.
- Tercera. Realizar estudios en cuanto a la accesibilidad organizacional dentro de los propios centros antes y después de hacer efectiva alguna iniciativa de mejora, antes para detectar los cambios y mejoras a efectuar y después para saber si estos cambios han surtido efecto.
- Cuarta. Realizar encuestas por servicios dentro de los mismos centros para poder determinar el nivel de aceptabilidad que poseen tanto estudiantes como público en general, además visitar los centros de educación superior para medir los niveles de barreras de aceptabilidad y así tener una perspectiva mejor de lo que los estudiantes piensan.
- Quinta. Realizar estudios para analizar y modificar los motivos por los cuales los estudiantes no continúan con el tratamiento cuando ya observan mejoría en su salud, ya que este simple hecho a veces provoca la resistencia para la cura de las enfermedades a futuro.

VII. Referencias

- Aday, L., Andersen, R. (1974). *Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.* 604-613. Washington: PALTEX. Consultado en: <https://bit.ly/2rGTAdN>
- Azañedo, D., Díaz, D., Hernández, A. (2016). Salud Oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 33 (2), 373-375. Consultado en: <https://bit.ly/2GgkPJH>
- Andersen, R., Mc Cutcheon, A., Aday, L., Chiu, G., Bell, R. (1980). Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research.* 18 (19), 49-74. Consultado en: <https://bit.ly/2jUEmh3>
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. *X Jornadas de Sociología.* Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina 2013. Consultado en: <https://bit.ly/2IG9xKR>
- Campo, A., Oviedo, H., Herazo, E. (2014). Barrera de acceso a servicios en salud mental. *rev. colombiana de psiquiatría*, vol.43, n.3, pp.162-167. ISSN 0034-7450. Consultado en: <https://bit.ly/2wGhcUQ>
- Carrasco, M., Landauro, A., Orejuela, F. (2015). Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. *Rev Estomatol Herediana.* 25(1), 27-35. Lima, Perú.
- Cardenas, M., Moran, D., Beran, D., Miranda, *Identificando las Barreras de Acceso a la Atención y Tratamiento de la Hipertensión Arterial y la Diabetes en Lima, Perú.* Resumen ejecutivo. Consultado en: <https://bit.ly/2wCY3TW>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (2006). *Los Servicios de Salud en el Nivel Primario.* Ginebra, Suiza Consultado en: <https://bit.ly/2rG7bls>
- Donabedian, A. (1966). Evaluación de la Calidad de la atención médica. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.* 382-405. Washington: PALTEX. Consultado en: <https://bit.ly/2wETGaG>
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México.* Investigaciones sobre servicios de salud, una antología. 929-943. Washington: PALTEX. Consultado en: <https://bit.ly/2rJEaog>

- Gonzales, O., Alcalde, J., Espinosa, O. (2016) *el sistema de salud en el Perú: situación y desafíos*, Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016. Consultado en: <https://bit.ly/2t1u3OT>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mcgraw-hill/ interamericana editores, s.a. de cv.
- Hernández, L., Tavera, P. (2014). *Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014*. (Tesis de Maestría, Universidad de Cartagena).Colombia. Consultado en: <https://bit.ly/2jVRDpF>
- Hirmas, M., Poffald L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33 (3), 223-229. Consultado en: <https://bit.ly/2wlGpxY>
- Hogan, T., (2004). Pruebas psicológicas una introducción practica, D.F., Mexico. El Manual moderno.
- Jaramillo, M., Escalante, G., Pollarolo, P., Rubio, A., Parodi, S., Del Carpio, L., Cancho, C., y Málaga, R. (2006). *Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación Condiciones Laborales, Salariales y Formación. Informe Final*. Lima, Perú: Grupo de Análisis para el Desarrollo. Consultado en: <https://bit.ly/2lk15O4>
- Landini, F., Gonzales, C., D' Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*. 30 (2), 231-244. Consultado en: <https://bit.ly/2KZq22Y>
- Manito, I., Onvivel, A., Servera M., Tomas, M., (2005). *Estudio sobre las dificultades en la implantación y seguimiento de la continuidad asistencial entre niveles*, tesis para maestria en administración y gestión en cuidados de enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madronade la Fundación "la Caixa", España. Consultado en: <https://bit.ly/2lmbYz8>
- Millman, M. (1993). *Access to Healthcare in America: Committee on monitoring access to personal health care services*. Washington: Instituto de Medicina. Consultado en: <https://bit.ly/2rllTqd>

- Paz-Soldán, V., Bayer, A., Nussbaum, L., Cabrera, L. (2015). *Barreras estructurales para la detección y tratamiento del cáncer cervical en el Perú*. Temas de Salud Reproductiva 2015; N°8, pág. 121-131. Consultado en: <https://bit.ly/2rKAjaq>
- Perú. Ministerio de salud (2019). Dirección de calidad en salud. Documento Técnico:
Política Nacional de Calidad en Salud, RM N° 727-2009/MINSA Perú. Consultado en: <https://bit.ly/2sgTRXv>
- Perú. Ministerio de salud (2011). Dirección regional de epidemiología. *Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú*. Lima, Perú. Consultado en: <https://bit.ly/2HI0TKE>
- Perú. Ministerio de salud (2015). Red Túpac Amaru. *Análisis de la situación en salud 2015*. Consultado en: <https://bit.ly/2ICLmNt>
- Perú. Defensoría del Pueblo. (2007). Informe Defensorial N° 120. *Atención de salud los para más pobres: El seguro Integral de Salud*. Lima, Perú. Consultado de: <https://bit.ly/2GeHk93>
- Organización mundial de la salud(2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, serie de informes tecnicos 731*, Consultado en: <https://bit.ly/1GMuOgy>
- Organización mundial de la salud (2008). *Subsanar las desigualdades de una generacion: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, comision sobre determinantes sociales*. Consultado en: <https://bit.ly/2ddk5A4>
- Organización Mundial de la Salud (2013) Informe sobre la salud en el mundo: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Consultado en: <https://bit.ly/2IApZZL>
- Organización Mundial de la Salud. (2014) 53° Consejo Directivo: Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington (DC) CD53/5, Rev. 2 Consultado en: <https://bit.ly/2D2JEDe>
- Organización Mundial de la Salud. (2017) *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017*. Ginebra, Suiza. Consultado en: <https://bit.ly/2IERqIM>

- Penchansky, R., y Thomas, W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction: *Medical care*, vol. XIX, No 2, p. 127-140. Consultado de: <https://bit.ly/2lj1rog>
- Savedoff, W. (2009). Universal access to health care services in Latin America and the Caribbean: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Working paper 667. Consultado en: <https://bit.ly/2jZbVi2>
- Shengelia, B., Murray C., Adams, O. (2003). Beyond access and utilization: defining and measuring health systems performance assessment. En Murray, C., Evans, D. (Eds), *Health Systems performance assessment. Debate: Debates, methods and empiricism*. 221-234. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Consultado en: <https://bit.ly/2Kq4MTg>
- Superintendencia Nacional de Salud. Anuario Estadístico (2015). Lima: Susalud; 2016. Revisado [9-8-16]. consultado en: <https://bit.ly/2wM3Ar0>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 56 (2), 295-303. Consultado en <https://bit.ly/2lkf3Q1>
- Vega, J., Solar, O., Irwin, A., (2005). Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad. Iniciativa chilena de equidad en salud. Chile. Consultado en: <https://bit.ly/2rEPQK0>
- Virguez, L. (2016). *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquéen*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia). Consultado en: <https://bit.ly/2lzFgO7>
- Zafra, Retuerto, Carrasco y Paredes (2014) Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo, Lamas. 2014, Rev. peru. ginecol. obstet. vol.61 no.1 Lima ene./mar. 2015. Consultado en: <https://bit.ly/2rlkQZm>

VIII. Anexos

Anexo1 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES			
Problema General ¿Cuáles es el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud que perciben los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Comas? Problemas específicos -¿Cuál es el nivel de barreras de disponibilidad de los servicios de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Comas? -¿Cuál es el nivel de barreras de accesibilidad a los servicios de la salud de estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Comas? -¿Cuál es el nivel de	Objetivo General Determinar el nivel de barreras de acceso a la salud en estudiantes de un instituto superior tecnológico publico, comas 2017 Objetivos Específicos -Determinar el nivel de barreras de disponibilidad de los servicio de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Comas. -Identificar el nivel de barreras de accesibilidad a los servicio de la salud percibido por los estudiantes de un Instituto de Educación		Variable 1: barreras de acceso a la salud			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores
			• Disponibilidad	-Recursos Físicos	1,2,	Nominal Si = 1 No = 0
				-Recursos Humanos	3,5	
			• Accesibilidad	-Servicios	4	
				-Física	8,9	
				-Organizacional	7,10,11,12	
			• Aceptabilidad	-Financiera	6,13	Nominal Si = 1 No = 0
				-Factores Socioculturales	14,17,18	
			• Contacto con el servicio	-Trato	15,16,	
				-Continuidad de atención	21,23,24,26	
				-Calidad de la Atención	19, 20,22,25	

Anexo 2 Matriz de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	
1						DISPONIBILIDAD					ACCESIBILIDAD					ACEPTABILIDAD					CONTACTO CON EL SERVICIO													
2	personas	edad	sexo	semestre aca	distrito de residencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	TOTAL		
3	1	20	F	VI	COMAS	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19	
4	2	19	F	VI	COMAS	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	8
5	3	23	F	VI	CALLAO	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	11
6	4	20	F	VI	LIMA	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	13	
7	5	20	M	VI	LOS OLIVOS	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	15
8	6	20	F	VI	LOS OLIVOS	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9
9	7	20	F	VI	COMAS	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	15
10	8	21	F	VI	COMAS	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
11	9	19	F	VI	CARABAYLLO	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	15
12	10	21	F	VI	COMAS	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10	
13	11	21	F	VI	LIMA	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	14	
14	12	19	F	VI	CARABAYLLO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
15	13	23	F	VI	CARABAYLLO	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	9
16	14	20	F	VI	COMAS	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	15	
17	15	20	M	VI	COMAS	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	15	
18	16	18	F	VI	COMAS	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	
19	17	19	F	VI	COMAS	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	16	
20	18	19	F	VI	COMAS	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	13	
21	19	20	F	II	COMAS	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	15	
22	20	17	F	II	COMAS	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	23	
23	21	18	F	II	COMAS	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
24	22	19	F	II	COMAS	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	12	
25	23	21	F	II	COMAS	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	14	
26	24	21	F	II	COMAS	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	16	
27	25	21	M	II	COMAS	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	13	
28	26	17	F	II	PTE. PIEDRA	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	13	
29	27	17	F	II	CARABAYLLO	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	13
30	28	18	F	II	COMAS	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	20	
31	29	17	F	II	COMAS	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	12	
32	30	18	F	II	PTE. PIEDRA	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	17	
33	31	19	M	II	CARABAYLLO	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	
34	32	17	M	II	SAN MARTIN DE PORRES	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	12	
35	33	22	F	II	CALLAO	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	11	
36	34	19	F	II	COMAS	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	9	
37	35	20	F	II	COMAS	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
38	36	19	F	II	COMAS	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17	
39	37	20	M	II	COMAS	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	14	
40	38	19	F	II	CARABAYLLO	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
41	39	22	F	IV	COMAS	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	16	
42	40	19	F	IV	COMAS	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	13	
43	41	22	F	IV	COMAS	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	13	
44	42	19	F	IV	COMAS	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	10	
45	43	18	M	IV	COMAS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6	
46	44	18	M	IV	COMAS	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	10	
47	45	18	M	IV	COMAS	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	9	
48	46	17	F	IV	COMAS	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	12	
49	47	20	F	IV	COMAS	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	11	
50	48	18	M	IV	COMAS	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0																

73	71	19 F	VI	CARABAYLLO	0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 1 1 1 0 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 1 0 1	15
74	72	21 F	VI	COMAS	1 1 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0	10
75	73	21 F	VI	LIMA	1 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 1 1 1 1 0 0 1	14
76	74	19 F	VI	CARABAYLLO	1 1	26
77	75	23 M	VI	CARABAYLLO	1 0 1 0 0 0 1 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 1	9
78	76	20 F	VI	COMAS	1 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 0 0 0 1 1	15
79	77	20 F	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 0 1 1 1 0 1 1 0 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 1 1	15
80	78	18 M	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	8
81	79	19 M	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 1 1 1 1 1	16
82	80	19 F	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 0 1 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1	13
83	81	20 F	II	COMAS	1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1	15
84	82	17 F	II	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1	23
85	83	18 F	II	COMAS	1 1 1 1 1 0 0 0 0 0 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	8
86	84	19 F	II	COMAS	1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 1	12
87	85	21 M	II	COMAS	0 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 1 1 1 0 1 0 1 1	14
88	86	21 F	II	COMAS	1 1 1 1 0 0 1 1 0 1 1 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 1	16
89	87	21 M	II	COMAS	1 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 1 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0	13
90	88	17 F	II	PTE. PIEDRA	1 1 1 0 1 0 0 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 0 0 0 1	13
91	89	17 F	II	CARABAYLLO	0 1 1 1 0 0 1 0 1 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1	13
92	90	18 M	II	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1	20
93	91	17 F	II	COMAS	0 1 1 0 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 1 1	12
94	92	18 F	II	PTE. PIEDRA	1 1 1 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 0 1 1	17
95	93	19 M	II	CARABAYLLO	1 1 0 0 0 0 1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	21
96	94	17 M	II	SAN MARTIN DE PORRES	1 1 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0 1 1 0 1	12
97	95	22 F	II	CALLAO	1 1 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 1 1	11
98	96	19 F	II	COMAS	0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1	9
99	97	20 F	II	COMAS	1 1 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	22
100	98	19 F	II	COMAS	1 1 1 1 1 0 0 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 1 0 1 1 1 1 1	17
101	99	20 F	II	COMAS	1 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1	14
102	100	19 M	II	CARABAYLLO	0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	7
103	101	22 F	IV	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	16
104	102	19 M	IV	COMAS	1 1 1 0 1 0 1 1 0 1 0 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1	13
105	103	22 F	IV	COMAS	1 1 1 1 0 0 1 0 0 0 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1	13
106	104	19 M	IV	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 0 1 0 1 0 0 1	10
107	105	18 F	IV	COMAS	0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1	6
108	106	18 M	IV	COMAS	1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1	10
109	107	18 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 0 1	9
110	108	17 M	IV	COMAS	0 0 1 0 0 0 1 0 1 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1 1	12
111	109	20 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 1	11
112	110	18 M	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 1	14
113	111	21 M	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 1 0 1	16
114	112	21 F	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1	22
115	113	18 F	IV	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0	6
116	114	20 F	IV	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1 1	13
117	115	22 M	IV	SAN MARTIN DE PORRES	1 1 1 1 0 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 1	14
118	116	18 F	IV	COMAS	1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	6
119	117	17 F	II	COMAS	1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 1	17
120	118	19 M	II	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 1	16
121	119	17 F	II	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1	8
122	120	17 M	II	CALLAO	1 0 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	6
123	121	18 F	IV	COMAS	0 1 1 0 0 1 0 0 0 0 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1	13
124	122	20 M	IV	COMAS	1 1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	23
125	123	18 M	IV	LIMA	1 1 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1 1 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1	11
126	124	22 F	IV	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1	16
127	125	18 F	IV	COMAS	0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1	6
128	126	18 M	IV	COMAS	1 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 1 1 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1	10
129	127	18 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0	9
130	128	17 F	IV	COMAS	0 0 1 0 0 0 1 0 1 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 1 0 1 0 1 1	12
131	129	20 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 1	11
132	130	18 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 1 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 0 0 1	14
133	131	21 M	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 0 1	16
134	132	21 F	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1	22
135	133	18 F	IV	COMAS	1 1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0	6
136	134	20 M	IV	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 0 1 1	13
137	135	22 F	IV	SAN MARTIN DE PORRES	1 1 1 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 1 1	14
138	136	18 F	IV	COMAS	1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	6
139	137	17 F	II	COMAS	1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 1	17
140	138	19 M	II	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1 1	16
141	139	17 M	II	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 1	8
142	140	17 F	II	CALLAO	1 0 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	6

143	141	18 F	IV	COMAS	0 1 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1	13
144	142	20 F	IV	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	23
145	143	18 M	IV	LIMA	1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 1 0 1 1 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1	11
146	144	22 F	IV	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 1	16
147	145	20 F	VI	COMAS	1 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1	19
148	146	19 F	VI	COMAS	0 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0 1 0 1	8
149	147	23 F	VI	CALLAO	0 1 1 1 0 1 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1	11
150	148	20 F	VI	LIMA	1 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 1 0 0 1 1 1 0	13
151	149	20 M	VI	LOS OLIVOS	1 1 1 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1 1 1	15
152	150	20 F	VI	LOS OLIVOS	0 1 1 0 1 0 0 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0	9
153	151	20 F	VI	COMAS	0 1 1 0 1 1 1 1 0 1 1 1 0 0 1 0 1 0 0 1 0 0 1 0 1 0	15
154	152	21 F	VI	COMAS	1 1 1 0 1 1 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	8
155	153	19 F	VI	CARABAYLLO	0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 1 1 0 0 0 1 1 1 1 1 0 1 1 0 1	15
156	154	21 F	VI	COMAS	1 1 1 0 1 0 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0	10
157	155	21 M	VI	LIMA	1 1 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 0 1 1 1 1 1 0 0	14
158	156	19 F	VI	CARABAYLLO	1 1	26
159	157	23 F	VI	CARABAYLLO	1 0 1 0 0 0 1 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 1	9
160	158	20 M	VI	COMAS	1 1 1 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 1 0 1 0 0 0 1	15
161	159	20 F	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1	15
162	160	18 F	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	8
163	161	19 F	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 1 1 1 1 1	16
164	162	19 M	VI	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 0 1 1 1 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1	13
165	163	20 F	II	COMAS	1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0 0 1 0 1 1 1 0 1 1	15
166	164	17 F	II	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 0 1 1 1 1 1	23
167	165	18 M	II	COMAS	1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	8
168	166	19 F	II	COMAS	1 1 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 0 1 1 0 1 1 0 1 0 1	12
169	167	21 M	II	COMAS	0 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 1 1 0 1 0 1	14
170	168	21 F	II	COMAS	1 1 1 1 0 0 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0	16
171	169	18 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0	9
172	170	17 M	IV	COMAS	0 0 1 0 0 0 1 0 1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1	12
173	171	20 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1	11
174	172	18 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0	14
175	173	21 F	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 1 0	16
176	174	21 M	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1	22
177	175	18 F	IV	COMAS	1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0	6
178	176	20 F	IV	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1	13
179	177	22 M	IV	SAN MARTIN DE PORRES	1 1 1 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 1	14
180	178	18 F	IV	COMAS	1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6
181	179	17 M	II	COMAS	1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0	17
182	180	19 F	II	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1	16
183	181	17 F	II	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0	8
184	182	17 M	II	CALLAO	0 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6
185	183	18 F	IV	COMAS	0 1 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0	13
186	184	20 F	IV	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	23
187	185	18 F	IV	LIMA	1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 1 1 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0	11
188	186	22 M	IV	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 0 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 1 0 0	16
189	187	18 F	IV	COMAS	0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0	6
190	188	18 F	IV	COMAS	1 0 0 0 0 1 0 0 0 1 1 0 1 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0	10
191	189	18 M	IV	COMAS	1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 0	9
192	190	17 F	IV	COMAS	0 0 1 0 0 0 1 0 1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1	12
193	191	20 F	IV	COMAS	1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 1 1 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1	11
194	192	18 M	IV	COMAS	1 1 0 0 0 1 1 0 0 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 1	14
195	193	21 F	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 0 1 0 0 0 1 0	16
196	194	21 M	IV	COMAS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1	22
197	195	18 F	IV	COMAS	1 1 1 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0	6
198	196	20 M	IV	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 1 0 1 0 0 0 1 1 1 0 0 1 1 1 1 0 0 0	13
199	197	22 F	IV	SAN MARTIN DE PORRES	1 1 1 1 0 0 1 0 0 1 1 1 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 1	14
200	198	18 M	IV	COMAS	1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6
201	199	17 F	II	COMAS	1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 0 1 0 1 0	17
202	200	19 F	II	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1	16
203	201	17 M	II	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0	8
204	202	17 F	II	CALLAO	1 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6
205	203	18 M	IV	COMAS	0 1 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0	13
206	204	20 F	IV	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	23
207	205	18 M	IV	LIMA	1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 0 1 1 1 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0	11
208	206	22 F	IV	COMAS	1 1 1 0 0 0 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0	16
209	207	20 M	VI	COMAS	1 1 1 1 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0	19
210	208	19 F	VI	COMAS	0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 1 0 1	8
211	209	23 M	VI	CALLAO	0 1 1 1 0 1 1 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0	11
212	210	20 F	VI	LIMA	1 1 1 0 0 0 0 1 0 1 1 1 0 1 0 0 0 1 0 0 1 1 1 0 0	13
213	211	19 F	II	COMAS	1 1 1 1 0 1 1 0 0 1 1 1 0 0 1 1 0 0 1 0 1 0 1 0 1	16
214	212	17 M	II	COMAS	0 0 1 0 1 0 0 0 0 1 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0	8
215	213	17 F	II	CALLAO	1 0 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6
216	214	18 M	IV	COMAS	0 1 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 0 1 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0 0	13

[illegible]

Anexo 3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

EDAD

SEXO

DISTRITO DE RESIDENCIA

SEMESTRE ACADEMICO

Disponibilidad	SI	NO
1. ¿Piensa que al centro de salud al cual asiste cuenta con una infraestructura completa?		
2. ¿Considera que el número de consultorios en el centro de salud al cual asiste es suficiente?		
3. ¿Considera que el número de personal del centro de salud al cual asiste es suficiente para atender a todos los pacientes?		
4. ¿Los servicios que brinda el centro de salud al cual asiste están difundidos abiertamente?		
5. ¿Considera que el personal del centro medico al cual asiste esta plenamente capacitado para desempeñarse correctamente?		
Accesibilidad		
6. ¿Sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios salud (Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes) que le brinda el centro medico al cual asiste?		
7. ¿Considera que los horarios que ofrece el centro medico al cual asiste para las citas, son los adecuados para usted?		
8. ¿Siente que gasta mucho tiempo en trasladarse al centro medico al cual asiste?		
9. ¿Tiene dificultad para transportarse al centro medico al cual asiste?		
10. ¿Considera que la cantidad de personas que se atienden en el centro de salud son más de lo que se debería atender?		
11. ¿Espera mucho tiempo antes de ser atendido?		
12. ¿Asistiría mas seguido al centro medico si los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios fueran mas rápidos?		
13. ¿Considera que el costo de traslado al centro de salud excede su presupuesto?		
Aceptabilidad		
14. ¿Tiene temor o vergüenza de atenderse en un centro de salud?		
15. ¿Siente que el personal que atiende en el centro de salud posee una cultura distinta a la de usted?		
16. ¿Confía en la atención de salud que le brindan y en las indicaciones que le mandara el médico que le atienda?		
17. ¿Cree que si acude al centro de salud puede contagiarse de alguna otra enfermedad?		
18. ¿Tiene miedo a que le manden alguna prueba de que le pueda provocar dolor?		
Contacto con el servicio		
19. ¿Considera que la atención que le brinda el centro medico al cual asiste, es buena?		

20. ¿Ha recibido alguna vez mal trato de algun trabajador en el centro de salud al cual asiste?		
21. ¿Acude al centro de salud solo si se siente muy enfermo?		
22. ¿Cree que los medicamentos que le mandan le ocasionan algún malestar adicional al que ya tenia?		
23. ¿Considera que las medicinas que le receta el medico son demasiadas en cantidad?		
24. ¿Ha descontinuado algún tratamiento medico por que las medicinas que le dieron le resultaba difícil ingerirlas?		
25. ¿Considera que los ambientes del centro de salud al cual asiste están limpios y ordenados?		
26. ¿Deja de seguir al pie de la letra las indicaciones del medico y el tratamiento si ya se siente mejor de salud?		

Anexo 4 Formato de validación de instrumento

UCV
UNIVERSIDAD CAYMA
ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD EN ESTUDIANTES DE UN INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO, COMAS 2017

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 DISPONIBILIDAD								
1	¿Piensa que el centro de salud al cual asiste cuenta con una infraestructura completa?	✓		✓		✓		
2	¿Considera que el número de consultorios en el centro de salud al cual asiste es suficiente?	✓		✓		✓		
3	¿Considera que el número de personal del centro de salud al cual asiste es suficiente para atender a todos los pacientes?	✓		✓		✓		
4	¿Los servicios que brinda el centro de salud al cual asiste están difundidos abiertamente?	✓		✓		✓		
5	¿Considera que el personal del centro medico al cual asiste esta plenamente capacitado para desempeñarse correctamente?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2 ACCESIBILIDAD								
6	¿Sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios salud (Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes) que le brinda el centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
7	¿Considera que los horarios que ofrece el centro medico al cual asiste para las citas, son los adecuados para usted?	✓		✓		✓		
8	¿Siente que gasta mucho tiempo en trasladarse al centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
9	¿Tiene dificultad para transportarse al centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
10	¿Considera que la cantidad de personas que se atienden en el centro de salud son más de lo que se debería atender?	✓		✓		✓		
11	¿Espera mucho tiempo antes de ser atendido?	✓		✓		✓		
12	¿Asistiría mas seguido al centro medico si los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios fueran mas rápidos?	✓		✓		✓		
13	¿Considera que el costo de traslado al centro de salud excede su presupuesto?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3 ACEPTABILIDAD								
14	¿Tiene temor o vergüenza de atenderse en un centro de salud?	✓		✓		✓		
15	¿Siente que el personal que atiende en el centro de salud posee una cultura distinta a la de usted?	✓		✓		✓		
16	¿Confía en la atención de salud que le brindan y en las indicaciones que le mandara el médico que le atienda?	✓		✓		✓		
17	¿Cree que si acude al centro de salud puede contagiarse de alguna otra enfermedad?	✓		✓		✓		

18	¿Tiene miedo a que le manden alguna prueba de que le pueda provocar dolor?	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 4 CALIDAD DEL PROVEEDOR							
19	¿Considera que la atención que le brinda el centro medico al cual asiste, es buena?	✓		✓		✓	
20	¿Ha recibido alguna vez mal trato de algún trabajador en el centro de salud al cual asiste?	✓		✓		✓	
21	¿Acude al centro de salud solo si se siente muy enfermo?	✓		✓		✓	
22	¿Cree que los medicamentos que le mandan le ocasionan algún malestar adicional al que ya tenía?	✓		✓		✓	
23	¿Considera que las medicinas que le receta el medico son demasiadas en cantidad?	✓		✓		✓	
24	¿Ha descontinuado algún tratamiento medico por que las medicinas que le dieron le resultaba difícil ingerirlas?	✓		✓		✓	
25	¿Considera que los ambientes del centro de salud al cual asiste están limpios y ordenados?	✓		✓		✓	
26	¿Deja de seguir al pie de la letra las indicaciones del medico y el tratamiento si ya se siente mejor de salud?	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Buena suficiencia en 85%

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador, Dr./Mg.: Mg. CAIDRAMI SANDOVAL, DANIANA DNI: 9835609

Especialidad del validador: Ac. Tecn. Health Exp. Lab. Clínico y An. Patológico / Mg. en Educación, Docencia y Gestión

Lima, 22 de Setiembre del 2017

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

[Firma]
Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD EN ESTUDIANTES DE UN INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO, COMAS 2017

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	DIMENSIÓN 1 DISPONIBILIDAD	SI	No	SI	No	SI	No	
1	¿Piensa que el centro de salud al cual asiste cuenta con una infraestructura completa?	✓		✓		✓		
2	¿Considera que el número de consultorios en el centro de salud al cual asiste es suficiente?	✓		✓		✓		
3	¿Considera que el número de personal del centro de salud al cual asiste es suficiente para atender a todos los pacientes?	✓		✓		✓		
4	¿Los servicios que brinda el centro de salud al cual asiste están difundidos abiertamente?	✓		✓		✓		
5	¿Considera que el personal del centro medico al cual asiste esta plenamente capacitado para desempeñarse correctamente?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 ACCESIBILIDAD	SI	No	SI	No	SI	No	
6	¿Sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios salud (Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes) que le brinda el centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
7	¿Considera que los horarios que ofrece el centro medico al cual asiste para las citas, son los adecuados para usted?	✓		✓		✓		
8	¿Siente que gasta mucho tiempo en trasladarse al centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
9	¿Tiene dificultad para transportarse al centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
10	¿Considera que la cantidad de personas que se atienden en el centro de salud son más de lo que se debería atender?	✓		✓		✓		
11	¿Espera mucho tiempo antes de ser atendido?	✓		✓		✓		
12	¿Asistiría mas seguido al centro medico si los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios fueran mas rápidos?	✓		✓		✓		
13	¿Considera que el costo de traslado al centro de salud excede su presupuesto?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 ACEPTABILIDAD	SI	No	SI	No	SI	No	
14	¿Tiene temor o vergüenza de atenderse en un centro de salud?	✓		✓		✓		
15	¿Siente que el personal que atiende en el centro de salud posee una cultura distinta a la de usted?	✓		✓		✓		
16	¿Confía en la atención de salud que le brindan y en las indicaciones que le mandara el médico que le atienda?	✓		✓		✓		
17	¿Cree que si acude al centro de salud puede contagiarse de alguna otra enfermedad?	✓		✓		✓		

18	¿Tiene miedo a que le manden alguna prueba de que le pueda provocar dolor?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 4 CALIDAD DEL PROVEEDOR	SI	No	SI	No	SI	No	
19	¿Considera que la atención que le brinda el centro medico al cual asiste, es buena?	✓		✓		✓		
20	¿Ha recibido alguna vez mal trato de algún trabajador en el centro de salud al cual asiste?	✓		✓		✓		
21	¿Acude al centro de salud solo si se siente muy enfermo?	✓		✓		✓		
22	¿Cree que los medicamentos que le mandan le ocasionan algún malestar adicional al que ya tenía?	✓		✓		✓		
23	¿Considera que las medicinas que le receta el medico son demasiadas en cantidad?	✓		✓		✓		
24	¿Ha descontinuado algun tratamiento medico por que las medicinas que le dieron le resultaba difícil ingerirlas?	✓		✓		✓		
25	¿Considera que los ambientes del centro de salud al cual asiste están limpios y ordenados?	✓		✓		✓		
26	¿Deja de seguir al pie de la letra las indicaciones del medico y el tratamiento si ya se siente mejor de salud?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay Suficiencia en un 95%

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg: Mg. C.E. ARGENTINA MAYDRA LACAYO DNI: 03933099

Especialidad del validador: MAGISTER EN EDUCACIÓN, SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, ESPECIALIDAD EN EDUCACIÓN

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 22 de Setiembre del 2017

Md. Patricia
 Argentina M. Merino Lacayo
 Firma del Experto Informante

UCV
UNIVERSIDAD CAYMA
ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE NIVEL DE BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD EN ESTUDIANTES DE UN INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO, COMAS 2017

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 DISPONIBILIDAD								
1	¿Piensa que al centro de salud al cual asiste cuenta con una infraestructura completa?	✓		✓		✓		
2	¿Considera que el número de consultorios en el centro de salud al cual asiste es suficiente?	✓		✓		✓		
3	¿Considera que el número de personal del centro de salud al cual asiste es suficiente para atender a todos los pacientes?	✓		✓		✓		
4	¿Los servicios que brinda el centro de salud al cual asiste están difundidos abiertamente?	✓		✓		✓		
5	¿Considera que el personal del centro medico al cual asiste esta plenamente capacitado para desempeñarse correctamente?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2 ACCESIBILIDAD								
6	¿Sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios salud (Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes) que le brinda el centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
7	¿Considera que los horarios que ofrece el centro medico al cual asiste para las citas, son los adecuados para usted?	✓		✓		✓		
8	¿Siente que gasta mucho tiempo en trasladarse al centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
9	¿Tiene dificultad para transportarse al centro medico al cual asiste?	✓		✓		✓		
10	¿Considera que la cantidad de personas que se atienden en el centro de salud son más de lo que se debería atender?	✓		✓		✓		
11	¿Espera mucho tiempo antes de ser atendido?	✓		✓		✓		
12	¿Asistiría mas seguido al centro medico si los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios fueran mas rápidos?	✓		✓		✓		
13	¿Considera que el costo de traslado al centro de salud excede su presupuesto?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3 ACEPTABILIDAD								
14	¿Tiene temor o vergüenza de atenderse en un centro de salud?	✓		✓		✓		
15	¿Siente que el personal que atiende en el centro de salud posee una cultura distinta a la de usted?	✓		✓		✓		
16	¿Confía en la atención de salud que le brindan y en las indicaciones que le mandara el médico que le atienda?	✓		✓		✓		
17	¿Cree que si acude al centro de salud puede contagiarse de alguna otra enfermedad?	✓		✓		✓		
18	¿Tiene miedo a que le manden alguna prueba de que le pueda provocar dolor?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4 CALIDAD DEL PROVEEDOR								
19	¿Considera que la atención que le brinda el centro medico al cual asiste, es buena?	✓		✓		✓		
20	¿Ha recibido alguna vez mal trato de algún trabajador en el centro de salud al cual asiste?	✓		✓		✓		
21	¿Acude al centro de salud solo si se siente muy enfermo?	✓		✓		✓		
22	¿Cree que los medicamentos que le mandan le ocasionan algún malestar adicional al que ya tenía?	✓		✓		✓		
23	¿Considera que las medicinas que le receta el medico son demasiadas en cantidad?	✓		✓		✓		
24	¿Ha descontinuado algún tratamiento medico por que las medicinas que le dieron le resultaba difícil ingerirlas?	✓		✓		✓		
25	¿Considera que los ambientes del centro de salud al cual asiste están limpios y ordenados?	✓		✓		✓		
26	¿Deja de seguir al pie de la letra las indicaciones del medico y el tratamiento si ya se siente mejor de salud?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): APLICABLE 90%

Opinión de aplicabilidad: ☒ Aplicable ☐ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador, Dr./Mg.: Mg. YOLANDA ELIZABETH VASQUEZ CERDAS DNI: 09476273

Especialidad del validador: MAESTRIA EN DOCENCIA Y GESTION EDUCATIVA / LIC. EN ENFERMERIA

Lima, 22 de Setiembre del 2017

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Firma del Experto Informante.

Anexo 5: Artículo



Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público, Lima 2017

Jhosep Hiroshi Cosar Morales

**Escuela de Postgrado
Universidad Cesar Vallejo Filial Lima**

Resumen

Esta investigación tuvo como principal objetivo encontrar y describir el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud percibido por los estudiantes en un instituto de educación superior tecnológico publico en el año 2017.

La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los estudiantes de la institución en cuestión, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 242 estudiantes que hayan accedido al uso de los servicios de la salud en el ultimo año y que además estén entre los 17 y 23 años de edad.

Los resultados evidenciaron que el 69% de los estudiantes del instituto superior tecnológico público consideró que existía un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de salud, el 18.6% lo consideró bajo nivel y solo el 12.4% lo percibieron como alto.

Finalmente se concluyó que los estudiantes del instituto de educación superior tecnológico publico tienden a percibir barreras de acceso de nivel moderado en la atención recibida. Asimismo respecto el nivel de las 4 dimensiones estudiadas, es la disponibilidad la que mostró el nivel más alto de barreras seguida por la accesibilidad, y el contacto con el servicio, siendo la aceptabilidad la que presento nivel mas bajo de barreras.

Palabras Clave Barreras de acceso, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio.

Abstract

The main objective of this research was to find and describe the level of barriers to access to health services perceived by students in a higher education institute in the public universe in 2017.

The research was carried out with a quantitative approach and was of a basic type of descriptive level, so a non-experimental cross-sectional design was applied. The study population was constituted by the students of the institution in

question, the instrument used for the data collection was the questionnaire and the technique used for the survey. The sample consisted of 242 students who have accessed the use of health services in the last year and who are also between 17 and 23 years of age.

The results showed that 69% of high school students underwent health services, 18.6% did so below the level and 12.4% perceived it as high.

Finally, he concluded that the students of the institute of public higher technological education are to perceive barriers of access of moderate level in the attention received. The level of the 4 dimensions studied, the availability of the lowest level of access barriers followed by accessibility, and contact with the service, with acceptability being the one with the lowest level of barriers.

Keywords: Access barriers, availability, accessibility, acceptability, contact with the service.

Introducción

Tema del estudio: Las Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes constituyen una problemática en nuestro sistema de salud y como tal estudiar su importancia y nivel en el cual se encuentran los estudiantes radica nos va permitir conocer mas a fondo las diferentes dificultades a las cuales se enfrentan para poder acceder a ellas, esto va contribuir a hacer un diagnostico acerca de los obstáculos y de las cosas que deben cambiar para poder replantear las estrategias que se usan en nuestro sistema de salud, todo esto para que los centros de salud puedan brindar un mejor servicio y en consecuencia la población, entre ellos nuestros jóvenes, puedan acceder sin dificultad a los servicios de la salud.

Hay modelos que conceptualizan el acceso a la salud y lo que se encuentra en común entre estos modelos es que para entender o medir el acceso hay que saber que es la relación que hay entre la oferta, que vendrian a ser los servicios de salud, y la demanda, que serian los estudiantes que necesitan el servicio en este caso, por ejemplo la OMS menciona en uno de sus consejos directivos que “el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan” (p.1). También se

puede mencionar a Tanahashi en 1978 en su modelo de cobertura efectiva, él dijo que el acceso es un proceso de interacción hasta alcanzar la atención de salud de manera eficaz al cual denomino cobertura, pero a diferencia de los demás Tanahashi en este proceso para alcanzar esta cobertura efectiva distinguió cuatro etapas en dicho proceso la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto en las cuales a su vez se pueden identificar las barreras que obstaculizan que se lleve a cabo dicho proceso; por ello la OMS también menciona que “acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género” (OMS,OPS y Salud Universal, 2014, cs-53 p.21).

Por otro lado se sabe que el acceso puede variar por características propias de un determinado servicio. Diversos estudios analizaron la influencia de factores socio-demográficos y socio económicos en el acceso a los servicios de salud tales como el de Pontigo, *et al.* (2012) y el de , Cornejo, Jadue y Huberman (2013); que encontraron que existe mayor probabilidad de no recibir la atención en las personas de bajo nivel socioeconómico, según el grupo etario; Agudelo, *et al.* (2014); encontraron que el acceso fue menor en la población adulta mayor, otros toman en cuenta la afiliación al seguro y la educación, Hernández y Tavera (2014) quienes encontraron que el déficit del acceso al servicio de salud bucal se debe a barreras culturales, geográficas, sociales, económicas y de oferta.

Es por esto que es importante poder describir el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (1978) ya que este modelo ofrece practicidad para identificarlas y también par poder cuantificarlas a través de sus cuatro etapas, identificando sus respectivos niveles tal como lo demuestran los datos estadísticos del reporte del ASIS de la red Túpac Amaru (2015) ya que pone como su principal barrera a la accesibilidad debido a la dispersión poblacional, también manifiesta que la disponibilidad también es una barrera ya que según la OMS para cubrir la demanda de salud deberían haber 1º médicos x 10 mil habitantes y lo que informan en esta red es que hay 2 x 10 mil habitantes (ASIS Tupac Amaru 2015 pag 51).

La unidad de análisis estuvo dada por los estudiantes que pertenecen a la institución en estudio y los resultados obtenidos permitieron identificar el nivel de

barreras y el nivel de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto del servicio para poder saber en que etapa de la cobertura se dan mayores barreras y realizar a través de este diagnostico un replanteamiento de estrategias para un mejor aprovechamiento de los recursos que puedan poseer los centros de salud y también como institución educativa poder contribuir a la disminución de estas barreras orientando al estudiante acerca de las ideas erradas que puedan tener, ya que como sabemos; cuando una persona tienen acceso al servicio de salud va tener mayor conocimiento acerca de todo el proceso de atención y va desechar ciertos mitos que puedan llegar a ser barrera, y así que el propio estudiante pueda extender lo que va prestando en su experiencia para poder no solo tratar la enfermedad sino también prevenirla.

Problema

¿Cuáles es el nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud que perciben los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima?

Objetivo

Determinar las Barreras de acceso a los servicios de la salud percibidos por los estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológica Pública de Lima

Metodología

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque se observó la variable tal y como se presentó en su medio natural sin realizar ninguna intervención o manipulación por parte del investigador al momento de recoger la información y fue de tipo transversal porque dicha recolección de datos se realizó en un mismo y único momento (Hernández, *et al.* 2014). La población estuvo conformada por estudiantes de un Instituto Superior Tecnológico Público en el distrito de Lima, que hayan acudido a algún centro de salud en el último año para recibir cualquier tipo de atención siendo la cantidad total de 650 alumnos que presentaron estas características, de los cuales formaron parte de la muestra 242 alumnos para tener un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95. La técnica utilizada en la presente investigación fue la

encuesta, que es una técnica basada en preguntas orientadas a un número considerable de personas, la cual utiliza el instrumento cuestionario para recoger información sobre las características que se desea medir o conocer (Hernández, *et al.*, 2014), la forma de aplicación fue directa con un tiempo de aplicación de 20min, estuvo conformada por 26 preguntas, distribuidas en 8 preguntas para la dimensión disponibilidad, 5 para la dimensión accesibilidad, 8 para la dimensión aceptabilidad y 5 para la dimensión contacto con el servicio; las respuestas se estructuraron de tipo dicotómica, considerando 2 categorías: Si = 1 y No = 0. Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideración de juicio de expertos. Según Hernández, *et al.* (2014), el juicio de expertos para contrastar la validez de los ítems consiste en preguntar a personas expertas en el tema a tratar y el dominio de los ítems acerca del grado en el que se adecua respecto a un criterio determinado y que ya está previamente establecido.

Resultados

Se observó que el 69% de los estudiantes del instituto superior tecnológico público consideró que existía un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de salud, el 18.6% lo consideró bajo nivel y solo el 12.4% lo percibieron como alto, según escala de edades, se puede observar que en el grupo de adolescentes comprendidos entre los 15 y 19 años, 60,58% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, 30.66% perciben un nivel de barreras de acceso bajas y 10.3% manifestaron un nivel de barreras de acceso altas, en el grupo de personas que están en la etapa de juventud, es decir, entre 20 y 24 años se observa que 80% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud moderadas, el 17.14% percibieron un nivel de barreras de acceso altas y 2,86% manifestaron un nivel de barreras de acceso bajas, según el sexo se observa en el sexo femenino que el 68,52% encuentra un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 20,37% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 11,11% percibe un nivel alto de barreras; dentro de las personas con sexo masculino se observó lo siguiente, el 70% manifiesta un nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de la salud, el 15% encuentra un nivel bajo de barreras de acceso y el 15% también encuentra un nivel alto de barreras.

Discusión

En esta investigación los datos procesados evidenciaron que de los estudiantes encuestados el 69% consideraron las barreras de acceso a los servicios de la salud con nivel moderado, el 18,6% manifestaron un nivel de barreras de acceso a los servicios de la salud a nivel bajo y el 12,4% a un nivel de alto, por lo tanto los estudiantes consideraron que las barreras para acceder al servicio de salud están presente en nuestra realidad, sobre todo las barreras que guardan relación con el acceso a la salud propuesto por Tanahashi (1978) que señaló que para que una persona tenga cobertura, es decir, pueda acceder a los servicios de salud, se debe evaluar lo siguiente: la proporción entre la población objetivo que puede recibir el servicio o la capacidad del servicio o cobertura potencial con el número de personas que han recibido el servicio, todo esto para poder establecer o expresar el rendimiento real del servicio, para llegar a esto es que se evaluaron en los estudiantes las etapas propuestas por Tanahashi y estas etapas son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio, y en cada etapa mencionada se encontraron limitantes o barreras para acceder a los servicios de salud, tal es así que el 81.4% tiene tendencia a percibir barreras de acceso a los servicios de la salud, lo cual quiere decir que no se está dando una atención eficaz en este gran porcentaje de personas ya que solo el 12.4% percibe el sistema de salud como eficaz .

De las 4 barreras estudiadas la disponibilidad presento el nivel más alto de barrera, seguida por la accesibilidad, luego el contacto con el servicio y la que menos nivel de rechazo tuvo fue la aceptabilidad, ya que el 38,4% manifestaron un nivel bajo de barreras, estos resultados coinciden con otros estudios, ya que en su mayoría evidencia que las barreras como la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad son las que mas nivel de barrera tienen, en el análisis de la situación de salud(ASIS 2013) también esta evidenciado que tanto la accesibilidad y la disponibilidad son barreras que requieren atención, convirtiéndose poco a poco la barrera de contacto con el servicio en una barrera que va en aumento a medida que pasa el tiempo, esto también lo manifiesta el ASIS de la red Túpac Amaru (2015) ya que pone como su principal barrera a la accesibilidad debido a la dispersión poblacional, también manifiesta que la

disponibilidad también es una barrera ya que según la OMS para cubrir la demanda de salud deberían haber 1º médicos x 10 mil habitantes y lo que informan en esta red es que hay 2 x 10 mil habitantes (ASIS Tupac Amaru 2015 pag 51). También encontramos concordancia con los datos obtenidos por Hernández y Tavera (2014) quienes en su estudio Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud (IPS) encontraron que el 76.1% de sus encuestados considera que la infraestructura del servicio dental es incompleta.

Conclusiones

El nivel de barreras de acceso percibido por los estudiantes de un instituto de educación superior tecnológico público de Lima es moderado (69.01%), asimismo la accesibilidad podría ser considerada como la principal barrera de acceso por tener el mayor porcentaje dentro de los niveles más altos en las 4 dimensiones (38,84%).

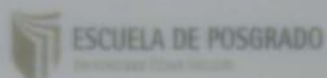
Referencias

- Aday, L., Andersen, R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En K. White, J. Frenk, C. Ordoñez, J. Paganini y B. Starfield (Eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. 604-613. Washington: PALTEX. Consultado de <http://irs.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3315/investigaciones%20s>
- Azañedo, D., Díaz, D., Hernández, A. (2016). Salud Oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 33 (2), 373-375. Consultado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v33n2/1726-4642-rpmesp-33-02-00373>
- Hernández, A., Vilcarromero, S., Rubilar, J. (2015). Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 32(3),1-3.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE CV.
- Hernández, L., Tavera, P. (2014). *Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014*. (Tesis de Maestría, Universidad de Cartagena). Colombia. Consultado de:
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2793/1/TESIS%20FINAL>
- Hirmas, M., Poffald L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33 (3), 223-229. Consultado de:
http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Barrieras%20y%20facilitadores_2013.pdf?sequence=1
- Millman, M. (1993). *Access to Healthcare in America: Committee on monitoring access to personal health care services*. Washington: Instituto de Medicina. Consultado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- Ministerio de salud (2011). Dirección regional de epidemiología. Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. Consultado de:
http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf
- Ministerio de salud (2015). Red Túpac Amaru. Análisis de la situación en salud 2015. Consultado de: <http://www.minsarsta.gob.pe/epidemiologia/asis/RD%20508%20ASIS%20RSTA%202015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013) Informe sobre la salud en el mundo: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Consultado en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233es/s22233es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014) 53° Consejo Directivo: Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington (DC) CD53/5, Rev. 2 Consultado en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 56 (2), 295-303. Consultado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>

Virguez, L. (2016). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana). Colombia. Consultado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18884>



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Miluska R. Vega Guevara, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada **"Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de educación superior tecnológico público, Lima 2017"** del estudiante **Jhosep Hiroshi Cosar Morales**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

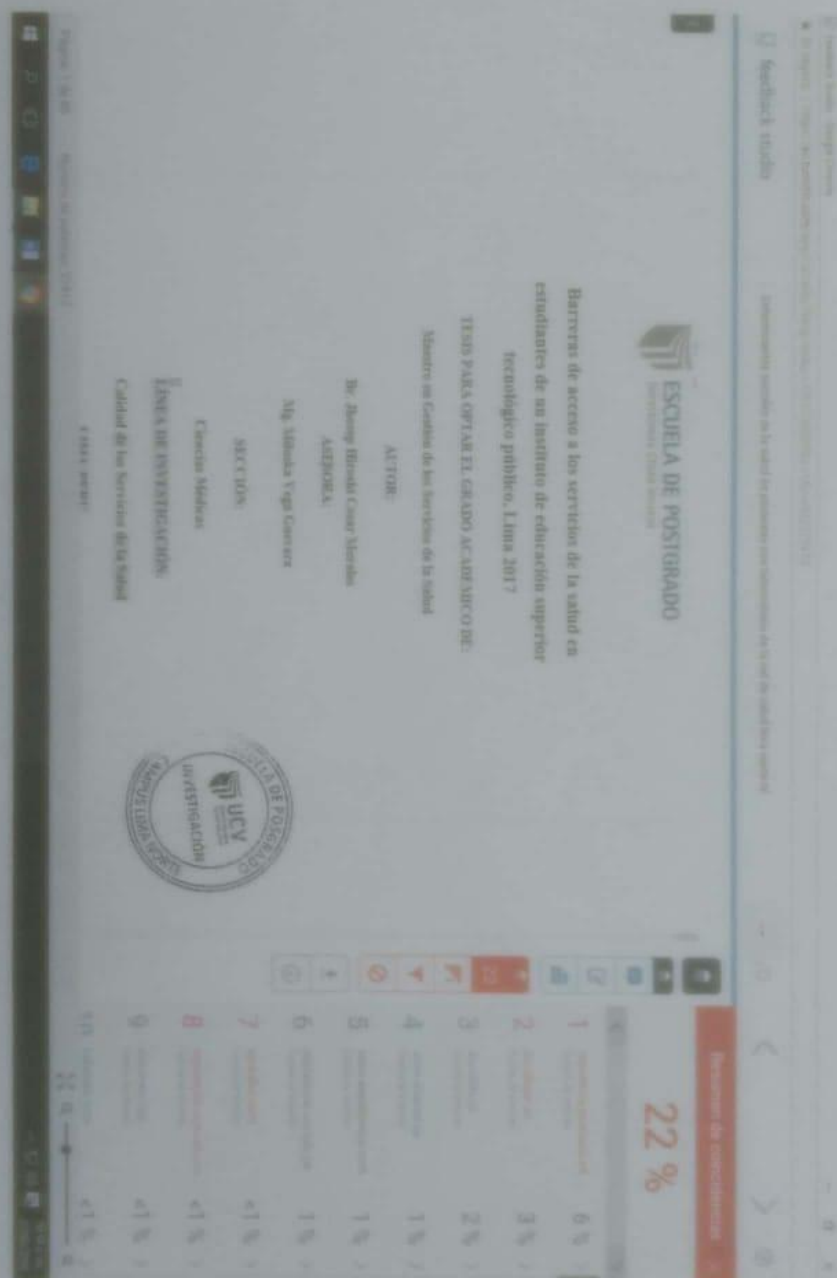
La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 03 de marzo del 2018

Miluska R. Vega Guevara

DNI: 28284526







UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

COSAR MORALES JOSEPH HIROSHI

D.N.I. : 43251240

Domicilio : Avda. Vía Bragas de San Rosa, Mz. B Lote 16 S.M.P.

Teléfono : Fijo : Móvil : 991746401

E-mail : JOSEPH999@GMAIL.COM

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

☒ Tesis de Post Grado

☒ Maestría

☐ Doctorado

Grado : MAESTRO EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

COSAR MORALES JOSEPH HIROSHI

Título de la tesis:

SABERES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD
EN ESTUDIANTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICO
PÚBLICO, LIMA 2017

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte,
a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha:

18-6-2018



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



Luzmila Gano

873-28

FORMATO DE SOLICITUD

ESCUELA DE POSGRADO

SOLICITA:

VISO BUENO DE
EMPRESTADO DE TESIS

JOSUEP HIRASH COSAR MORALES con DNI N° *43251240*
(Nombre y apellido del solicitante) (Número de DNI)
domiciliado (a) en *Av. V. V. Brillas W. San Pedro de B. LT 16 S.M.P.*
Calle / Lote / MZ / Urb. / Distrito / Provincia / Región
ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción *MAESTRIA EN* del programa *MAESTRIA EN*
(Promoción) (Nombre del programa)
GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES identificado con el código de matrícula N° *7001113577*
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

VISO BUENO PARA EL EMPRESTADO DE LA TESIS



Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda en atención por ser de justicia.

Hoy a las *11:54* de *11:54* de 2018

[Firma del solicitante]
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- COPIA DE LA TESIS*
- COPIA DE LA TESIS*
- COPIA DE LA TESIS*
- COPIA DE LA TESIS*

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfono: *991746461*
Email: *JOSEF-9900101011.COM*